

aa  
ee



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

### AVANCES EN ENFERMERÍA

Ignacio Mantilla Prada  
RECTOR GENERAL

Jorge Iván Bula Escobar  
VICERRECTOR GENERAL

Juan Manuel Tejeiro Sarmiento  
VICERRECTOR ACADÉMICO

Diego Fernando Hernández Losada  
VICERRECTOR SEDE BOGOTÁ

Catalina Ramírez Gómez  
SECRETARIA GENERAL

#### CONSEJO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Renata Virginia González  
Consuegra  
DECANA  
PRESIDENTA DEL CONSEJO DE FACULTAD

Ana Maritza Gómez Ochoa  
VICEDECANA

Martha Patricia Bejarano  
DIRECTORA DE BIENESTAR

Rubby Leonor Tovar  
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA  
BÁSICA DE SALUD DE COLECTIVOS

Sandra Guerrero Gamboa  
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA  
BÁSICA DE ENFERMERÍA

Luz Mery Hernández  
DIRECTORA DE CARRERA

Yanira Astrid Rodríguez Holguín  
DIRECTORA DEL CENTRO DE EXTENSIÓN  
E INVESTIGACIÓN Y UNIDAD DE GESTIÓN DE  
INVESTIGACIÓN

Magda Lucía Flórez Flórez  
SECRETARIA DE FACULTAD

Jeniffer Paola Cardona Malaver  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE  
PREGRADO

Clara Virginia Caro C. Ph.D.  
DIRECTORA

Xavier Humberto Páez Ochoa  
EDITOR ASISTENTE

#### COMITÉ EDITORIAL

Yanira Astrid Rodríguez Holguín, Mg.  
DIRECTORA DEL CENTRO DE EXTENSIÓN E  
INVESTIGACIÓN Y UNIDAD DE GESTIÓN DE  
INVESTIGACIÓN

Celmira Laza Vásquez, Doctoranda en  
Ciencias Humanas y Sociales

Mary Luz Jaimes Valencia, Ph.D.  
Universidad Autónoma de  
Bucaramanga, Colombia

María Helena Mejía Rojas, Ph.D.  
Universidad del Valle, Colombia

Ángela María Salazar Maya, Ph.D.  
Universidad de Antioquia

Taka Oguisso, Ph.D.  
Universidade de São Paulo, Brasil

Olivia Sanhueza Alvarado, Ph.D.  
Universidad de Concepción, Chile

María del Pilar Camargo Plazas,  
Ph.D.  
Queen's University, Canadá

María Guadalupe Moreno  
Monsiváis, Ph.D.  
Universidad Autónoma de Nuevo León,  
México

#### EDITORAS ASOCIADAS

Viviana Marycel Céspedes, Ph.D.  
Universidad Nacional de Colombia

Luz Patricia Díaz Heredia  
Universidad Nacional de Colombia

Yanira Astrid Rodríguez Holguín  
DIRECTORA DEL CENTRO DE EXTENSIÓN  
E INVESTIGACIÓN Y UNIDAD DE GESTIÓN DE  
INVESTIGACIÓN

#### COMITÉ CIENTÍFICO

Marie-Luise Friedemann, Ph.D.  
Florida International University,  
EE. UU.

María Magdalena Alonso Castillo,  
Ph.D.  
Universidad Autónoma de Nuevo León,  
México

Yariela N. González Ortega, Ph.D.  
Universidad de Panamá, Panamá

Yrene Esperanza Urbina Rojas,  
Ph.D.  
Universidad Nacional de Tumbes, Perú

Maria Itayra Coelho de Souza  
Padilha, Ph.D., Pós-Doutora  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
Brasil

María de los Ángeles Rodríguez  
Gázquez  
Universidad de Antioquia, Colombia

María Marlene Montes Valverde,  
Ph.D.  
Universidad Santiago de Cali, Colombia

Omar Antonio Parra, Ph.D.  
Universidad Militar Nueva Granada,  
Colombia

Zuleima Cogollo Milanés, Ph.D.  
Universidad de Cartagena, Colombia

#### Indexada por/Indexado by/Indexada por:

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias  
de la Salud (LILACS-BIREME)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas  
Científicas de América Latina y del Caribe, España y Portugal  
(LATINDEX)

Índice Nacional de Publicaciones Seriadadas Científicas  
y Tecnológicas Colombianas (PUBLINDEX), categoría A2.

Fuente Académica de EBSCO

Scientific Electronic Library Online (SCIELO Colombia)

Incluida en la Base de Datos CUIDEN de la Fundación INDEX  
y en Virginia Henderson International Nursing Library

Directory of Open Access Journals (DOAJ)

**Esta revista es financiada por el Fondo de la Unidad  
de Gestión de Investigación de la Facultad de Enfermería  
de la Universidad Nacional Colombia, Sede Bogotá**

## Misión

La revista *Avances en Enfermería* es un medio de socialización para los productos científicos derivados de la investigación, revisiones de la literatura, experiencias y reflexiones de las diferentes comunidades académicas y asistenciales nacionales e internacionales que contribuyen al desarrollo teórico de la disciplina profesional de enfermería.

## Missão

A revista *Avances en Enfermería* é um meio de divulgação dos productos científicos derivados da pesquisa, revisões bibliográficas, experiências e reflexões das diferentes comunidades académicas e previdenciárias nacionais e internacionais que contribuem com o desenvolvimento teórico da disciplina profissional da enfermagem.

## Mission

The journal *Avances en Enfermería* is a communication mean to disseminate the scientific outcomes derived from research, literature reviews, experiences and reflections of the various national and international health entities and academic communities that contribute to the theoretical growth of the professional nursing trade.

## Visión

Ser un referente nacional e internacional en la divulgación del conocimiento en enfermería y salud, a través de la publicación de piezas científicas de alta calidad que contribuyan al desarrollo de la disciplina.

## Visão

Ser um referente nacional e internacional na divulgação do conhecimento nas áreas de enfermagem e saúde através da publicação de trabalhos científicos de alta qualidade que contribuam com o desenvolvimento da disciplina.

## Vision

Become a national and international benchmark in the dissemination of knowledge about the areas of nursing and health through the publication of high-quality scientific papers that contribute to the development of the trade.

Es la publicación oficial científica seriada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Colombia. Se creó en mayo de 1982 y publica contribuciones originales de enfermería; disciplinas relacionadas con la salud y otros campos de desempeño; aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones; y contribuciones al desarrollo de los sistemas de salud. Divulga artículos en idiomas español, portugués e inglés que sean inéditos, es decir: documentos que no han sido publicados antes en otros formatos —electrónicos o impresos— y que no han sido sometidos a consideración de otras publicaciones o medios.

- Los usuarios de la revista son profesionales de la salud y de las ciencias humanas y sociales.

- Se puede acceder al texto completo de los artículos a través de la página *web* de la revista: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>; doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>
- Reproducción: es prohibida la reproducción impresa de artículos con fines no académicos.
- La revista se encuentra bajo la licencia *Creative Commons Attribution 3.0*.
- Las opiniones y juicios emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen a la revista ni a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

## PARES EVALUADORES DEL PRESENTE NÚMERO

DRA. SONIA CARREÑO Universidad Nacional de Colombia	DRA. ROSIMERE FERREIRA SANTANA Universidade Federal Fluminense
MG. LUZ EVER DÍAZ MONSALVE Universidad de Antioquia	DRA. ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ Universidad Nacional de Colombia
DRA. ALEJANDRA FUENTES RAMÍREZ Universidad de la Sabana	DRA. MARIA SUÉUDA COSTA Secretaria de Saúde de Fortaleza
MG. CARMEN HELENA RUIZ DE CÁRDENAS Universidad Nacional de Colombia	DRA. CLAUDIA ARIZA OLARTE Universidad Nacional de Colombia
DRA. LUIZA AKIKO KOMURA HOGA Universidade de São Paulo	MG. MARIA CARLA VIEIRA PINHO Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas
MG. EVELYN VÁSQUEZ MENDOZA Universidad Nacional de Colombia	DRA. LUZ STELLA BUENO ROBLES Universidad Nacional de Colombia
MG. ALEXANDRA GARCÍA RUEDA Universidad Industrial de Santander	MG. DORIS AMPARO PARADA RICO Universidad Francisco de Paula Santander
DRA. (C) RAQUEL PÖTTER GARCIA Universidade Federal de Pelotas	MG. JULIAN ANDRÉS BARRAGÁN BECERRA Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
DRA. (C) LUZ MERY HERNÁNDEZ MOLINA Universidad Nacional de Colombia	

### *Avances en Enfermería*

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>

e-mail: [revavenf\\_febog@unal.edu.co](mailto:revavenf_febog@unal.edu.co)

Volumen xxxiv n.º 1 enero-abril 2016

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261

Título abreviado: Av Enferm

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: David Consuegra

Diagramación: Divulgación Facultad de Enfermería,  
Universidad Nacional de Colombia

Impresión: DigiPrint Editores E.U.

Impreso en Colombia-Printed in Colombia

# Contenido

- EDITORIAL
- 6 **La acreditación internacional del Programa de Maestría en Enfermería: un nuevo logro institucional**  
Clara Virginia Caro Castillo
- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
- 8 **Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años**  
Significado da primeira gravidez em mulheres acima de 35 anos  
Meaning of the first pregnancy in women over 35 years of age  
Alba Norys Lozano Romero, Luz Mery Hernández Molina
- 19 **Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena**  
Comunicação e coordenação em enfermagem em uma instituição de saúde de alta complexidade em Cartagena  
Communication and coordination of nursing in a high complexity health institution in Cartagena  
Alexander Puello Ortega, Rosibel Prieto Silva, Victoria Rondón Medina
- 30 **Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio**  
Prevalencia de factores de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio  
Prevalence of risk factors in patients with acute myocardial infarction  
Simone Mathioni Mertins, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli, Marli Maria Loro, Gilmar Poli, Eliane Winkelmann, Jeferson Minello Pannebecker
- 39 **Síndrome de *burnout* en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile**  
A Síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem em dois hospitais no sul do Chile  
Burnout syndrome in nursing staff of two hospitals in southern Chile  
Fredy Seguel Palma, Sandra Valenzuela Suazo
- 48 **Eventos asociados a hemodiálisis e percepções de incômodo com a doença renal**  
Eventos asociados a hemodiálisis y percepciones de incomodidad con la enfermedad renal  
Events related to hemodialysis and perceptions of nuisance with renal disease  
Jarbas Everling, Joseila Sonego Gomes, Eliane Raquel Rieth Benetti
- 58 **Os caminhos de cuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama**  
Los caminos del cuidado de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama  
The pathways of care for women diagnosed with breast cancer  
Aline Machado Feijó, Caroline de Leon Linck, Aline da Costa Viegas, Bianca Pozza dos Santos
- 69 **Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español**  
Validade e confiabilidade de uma escala de cuidado profissional em espanhol  
Validity and reliability of a caring professional scale in spanish  
Lucy Marcela Vesga Gualdrón, Carmen Helena Ruiz de Cárdenas
- ARTÍCULO DE REVISIÓN
- 79 **Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa**  
Desenvolvimento da pesquisa em saúde sexual de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa  
Research development in sexual health of women with breast cancer: a integrative review  
Luz Stella Bueno-Robles, Virginia Inés Soto-Lesmes
- 88 **Política editorial**  
Política editorial  
Editorial policy
- 115 **Anexos**

# La acreditación internacional del Programa de Maestría en Enfermería: un nuevo logro institucional

• Clara Virginia Caro Castillo<sup>1</sup> •

• 1 • Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: cvcaroc@unal.edu.co

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.57384>

Los procesos de acreditación de los programas académicos de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia han venido progresando de manera vertiginosa, lo que ha permitido cumplir con los propósitos académicos de la misión y de la visión de la institución académica más importante de Colombia.

El Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, a partir de los lineamientos consignados en los planes de desarrollo a nivel de universidad y de facultad, obtuvo la Acreditación de Alta Calidad por ocho años, según la Resolución 9814 de 2013 del Ministerio de Educación Nacional (1). Bajo la tutela de la Dirección Nacional de Postgrados, se inició en el mes de mayo del 2015 el Proceso de Acreditación Internacional del Programa de Maestría en Enfermería ante la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrados (AUIP). En el mes de diciembre del mismo año, se realizó la visita de acreditación por parte de dos pares académicos, en cuyo proceso se contó con la participación activa de la comunidad académica de enfermería vinculada al programa: docentes, estudiantes y egresados.

Este proceso implicó la necesidad de mostrar las fortalezas del programa, así como de señalar los aspectos considerados en los planes de mejoramiento para asumir los retos que exige el desarrollo del conocimiento de la disciplina de enfermería. De este modo, la investigación se constituye en una prioridad para el posicionamiento futuro de la disciplina, pues debe estar orientada hacia las áreas de innovación e invención, es decir, en virtud de la creación, desarrollo y fortalecimiento de nuevas formas de cuidado, que, para el caso colombiano, se establecen en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss).

En el mes de febrero de 2016, en la Sede de la Universidad de Sevilla (US) se realizó el acto académico de entrega de las credenciales que le otorgaron la Acreditación Internacional al Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. En representación de la Facultad, recibió el galardón la Decana Renata Virginia González Consuegra.

Sea ésta la oportunidad para hacer un reconocimiento a la comunidad académica de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por sus aportes y compromiso con el programa. Obtener este reconocimiento otorgado por una institución extranjera se constituye en un gran logro institucional para continuar con el cumplimiento de los principios propuestos por Felton G (2). De acuerdo con la autora, se consideraron los siguientes procesos de acreditación: a) “La alineación de la educación dentro del mejor contexto de los cuidados de la salud que se brindan al paciente, la familia y la comunidad”; b) “La afiliación innovadora con las instituciones clínicas comprometidas” —en nuestro caso, el Hospital Universitario de Colombia—; c) “La rigurosa evaluación de los resultados de las actividades educativas”.

La incorporación de los anteriores lineamientos constituyó la fundamentación para obtener el reconocimiento internacional, logro que hace del Programa de Maestría de la Facultad de Enfermería uno de los baluartes del desarrollo disciplinar en Colombia.

## Referencias

(1) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 9814 de 2013, por medio de la cual se otorga la acreditación de alta calidad al programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá D.C. (31/07/2013).

(2) Felton G. La acreditación de la educación de enfermería en Estados Unidos. En: Informe del Taller sobre procesos de aprobación y acreditación para la educación de enfermería. Serie 24. Washington D.C.: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS); 2000. pp. 37-48.

# Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años

Significado da primeira gravidez em mulheres acima de 35 anos

Meaning of the first pregnancy in women over 35 years of age

---

• Alba Norys Lozano Romero<sup>1</sup> • Luz Mery Hernández Molina<sup>2</sup> •

---

•1• Magíster en Enfermería. Docente Instructor, Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. E-mail: alba.lozano11@gmail.com

•2• Magíster en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

---

Recibido: 28/02/2013 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37302>

---





## Resumen

**Objetivo:** Describir el significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) privada en Bogotá, captadas en el servicio de consulta externa entre los meses de octubre de 2011 y mayo de 2012.

**Metodología:** Se realizó un estudio de tipo cualitativo descriptivo. Se empleó la entrevista abierta y en profundidad para la recolección de la información a nueve participantes. El análisis de información se realizó con el método de análisis de contenido convencional.

**Resultados:** Se encontró que para las participantes la primera gestación significó una elección de vida, descubrirse a sí mismas, sentir miedos y preocupaciones. El tema se denominó *Descubriendo la gestación*.

**Conclusiones:** La maternidad para la mujer mayor de 35 años representa una elección de vida que surge a partir de una serie de factores determinantes, mezclados entre patrones tradicionales y las ideas innovadoras de la sociedad respecto a la maternidad y el desarrollo de la mujer en la sociedad. El miedo aparece con el proceso de la gestación, pero cuando se diagnostica alto riesgo obstétrico, aumenta de forma considerable. Esto implica para la enfermería actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud pre-concepcional con enfoque de riesgo y familiar.

**Descriptores:** Gestación; Edad Materna; Atención Prenatal; Complicaciones del Embarazo (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Descrever o significado da gravidez para um grupo de mulheres primigestas e mais velhas de 35 anos, atendidas em uma instituição prestadora de serviços da saúde (IPS) privada em Bogotá, encontradas no serviço de consulta externa entre outubro de 2011 e maio de 2012.

**Metodologia:** Uma pesquisa descritiva qualitativa foi realizada. Foi utilizada uma entrevista aberta e em profundidade para coletar as informações de nove participantes. A análise de informações foi realizada utilizando o método de análise de conteúdo convencional.

**Resultados:** Encontrou-se que, para as participantes, a primigestação significa uma escolha de vida, descobrir-se e sentir medos e preocupações. Este tema foi chamado *Descobrimdo a gravidez*.

**Conclusões:** A maternidade para mulheres acima de 35 anos representou uma escolha de vida, que surge a partir de um número de determinantes, misturados entre padrões tradicionais e as ideias inovadoras da sociedade sobre a maternidade e o desenvolvimento das mulheres na sociedade. O medo aparece no processo de gestação, mas quando diagnosticada de alto risco obstétrico, aumenta consideravelmente. Isto implica para a enfermagem agir no âmbito da abordagem de risco pré-concepcional, focalizado na educação e promoção da saúde e família.

**Descritores:** Gravidez; Idade Materna; Cuidado Pré-Natal; Complicações na Gravidez (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To describe the meaning of pregnancy for a group primigravid women over 35 years age, who obtained nursing care at a private clinic (IPS) in Bogotá. The participants were engaged through an outpatient health service from October 2011 to May 2012.

**Methodology:** A qualitative-descriptive search was made. Open-ended, in-depth interviews were used in order to collect information from nine participants. Information analysis was made with the conventional content analysis method.

**Results:** It was found that for the participants first pregnancy means a life choice, finding themselves, feeling scared and worried. This topic was called *Discovering pregnancy*.

**Conclusions:** For the primigravid woman over 35 years maternity meant a life choice, which comes from a series of determining factors, mixed between traditional patterns and innovative ideas from society regarding maternity and women's development in society. Fear appears with the pregnancy process, but when high obstetric risk is diagnosed, fear increases considerably. This implies nursing actions in the context of education and promotion of pre-conception health with a risk and family approach.

**Descriptors:** Pregnancy; Maternal Age; Prenatal Care; Pregnancy Complications (source: DECS BIREME).

## Introducción

Los cambios que comporta el devenir de la humanidad y su desarrollo nos llevan a reflexionar sobre lo que se dice, se conoce y se entiende sobre la maternidad. Desde tiempos muy remotos se ha dado a la mujer la responsabilidad absoluta de la fecundidad, desconociendo así el papel del hombre en la procreación. Pero hoy, gracias al avance de la ciencia biomédica, al desarrollo social y al levantamiento de prejuicios de origen mítico, se libera a la mujer permitiendo su desenvolvimiento y desarrollo como ser humano integral (1).

En el campo de la maternidad, se evidencia en los estudios de salud sexual y reproductiva la incidencia de la gestación en edades extremas —mujeres menores de 19 años y mayores de 35— consideradas por la ciencia médica factores de riesgo para la gestación (2). Desde siempre, la enfermería se ha ocupado de brindar cuidado prenatal de calidad y conocer a profundidad los fenómenos que rodean el proceso de la gestación, para dar cuidado de enfermería específico a este tipo de personas.

La edad materna es un factor de riesgo para las alteraciones en la gestación, con incidencia sobre el neonato en los siguientes aspectos: niños con bajo peso al nacer; malformaciones congénitas; retardo en el crecimiento intrauterino; prematuridad y placenta previa (1, 2, 3). Por otro lado, se dice que las patologías maternas como la diabetes y la hipertensión arterial se agudizan o emergen con más facilidad durante la gestación (2, 3).

La salud materna y perinatal ha sido estudiada desde el enfoque biomédico. La enfermería ha avanzado en la investigación fenomenológica y etnográfica sobre las experiencias de madres y familias frente al proceso de la gestación en algunos estudios cualitativos (4). Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia científica sobre estudios de significado en este sentido, de ahí la necesidad de realizar un estudio cualitativo con el objetivo de describir el significado de la gestación para mujeres primigestantes mayores de 35 años.

La morbimortalidad materna se da con mayor frecuencia en edades extremas y en países en vía de desarrollo. Las estadísticas muestran datos relevantes y las investigaciones encontradas responden básicamente a la investigación sobre riesgos físicos y fisiológicos, tanto en la madre como en el neonato, que pueden ser relacionados con la edad materna y otros factores asociados (3, 5).

Se aporta a la enfermería la evidencia para que a partir de los resultados se elaboren propuestas de atención diferenciada a las primigestantes mayores de 35 años y a las gestantes con diagnóstico de alto riesgo secundario a la edad materna, acorde con las necesidades de cuidado encontradas en la práctica diaria y aplicando la teoría de enfermería de rango medio respecto a los cuidados desde la promoción de la salud según el modelo de promoción de la salud de Pender (6).

## Metodología

Investigación de tipo cualitativo descriptivo, desarrollada con la técnica de análisis de contenido convencional (7). Se utilizó la entrevista abierta y a profundidad grabada en audio, para la recolección de la información, que inició con dos preguntas introductorias: 1) *¿Cuánto tiempo de gestación tiene hoy?*; 2) *¿Cómo describe su proceso de gestación?*

Participaron nueve mujeres primigestantes sanas mayores de 35 años, cuya edad estuvo en el rango 35-41 años, casadas, en unión libre y solteras. El nivel educativo fue: cuatro de formación universitaria, cuatro de técnico superior y una con bachillerato completo; sólo siete planearon esta gestación, inicialmente por voluntad propia, y, en un caso, por parte de la pareja. Se entrevistaron en sus hogares, en el sitio de trabajo y en la institución de salud donde eran atendidas, previa información y aclaración de dudas de las participantes. Las entrevistas se realizaron en consenso con cada participante, según su disponibilidad de tiempo y espacios.

La investigación se desarrolló en un tiempo de 15 meses. La muestra estuvo constituida por 21 entrevistas transcritas en formato *Microsoft Office Word*®, versión 2010, la cual se obtuvo a través de la saturación de la información, luego de realizar entre dos y tres entrevistas con cada participante.

Las participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser primigestante mayor de 35 años de edad; no tener patología asociada; estar en segundo y tercer trimestre de la gestación; ser residente en Bogotá; y haber firmado el consentimiento informado para la entrevista

Para el análisis se tuvo en cuenta la técnica de análisis de contenido convencional, que consiste en realizar la recolección en forma sistemática análisis-recolección-análisis hasta alcanzar la saturación. Luego de ordenar la información, se codificó y categorizó, acorde al objetivo de la investigación y relevancia de las respuestas obtenidas. Se agruparon las categorías en temas para realizar la discusión de resultados, cuyos nombres y códigos se derivaron directamente del texto de las entrevistas (7).

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y el Comité de Ética de Investigación de la institución donde fueron atendidas y captadas las participantes. Se consideraron los lineamientos de la Resolución 008430 (8), las recomendaciones éticas para la investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (9) y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (10). Para el rigor metodológico, se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, propuestos por Guba y Lincoln, citados por Castillo y Vásquez (11).

## Resultados

Surgieron dos temas: el primero fue *Descubriendo la gestación*, el cual contempla dos categorías: *Gestación, un periodo hermoso* —dividida en dos subcategorías: *Alegría y felicidad* y *Sentirse apoyada*— y *Miedos* —dividida en cuatro subcategorías: *Miedo al parto*, *Miedo a la muerte*, *Miedo a la maternidad* y *Preocupación*. El segundo tema fue *La edad materna en la primigestación*. El presente artículo hace referencia sólo al primer tema, *Descubriendo la gestación*.

### **Categoría Gestación, un periodo hermoso**

La gestación produce en la mujer que desea ser madre emociones y sensaciones de alegría constante, las cuales ella denomina *felicidad*. Durante la

“espera” aparecen en ella fluctuantes estados de euforia y alegría por estar gestando una nueva vida, así como preocupación y miedo al no sentirse preparada para llevar adelante el desafío de la maternidad (12, 13, 14).

### *Subcategoría Alegría y felicidad*

Los sentimientos de alegría y felicidad están presentes en la mujer que ha deseado ser madre, lo que le permite disfrutar cada momento de su gestación, ir descubriendo en cada una de las etapas situaciones motivantes, agradables y de regocijo que la satisfacen constantemente y le permiten vivir la experiencia con tranquilidad. Las participantes de esta investigación refirieron sentirse muy contentas por estar en gestación y en completa felicidad por el deseo cumplido. La satisfacción de dar vida las mantiene tranquilas y comprometidas con ellas y su hijo por nacer:

Saber que estaba embarazada fue muy bonito para mí, me dio mucha alegría [P3E1].

Feliz, me siento muy feliz. Es muy hermoso sentir la bebé, que se mueve, que patalea, que está pendiente de uno; ya sabe y me reconoce la voz [P8E1].

Elas piensan que cuando la gestación no es deseada no se puede sentir igual de “bonita”:

Es la etapa más linda que la mujer puede tener, cuando se desea un hijo, porque pienso que cuando no se desea un hijo no son las mismas emociones, las mismas sensaciones [PIE2].

Las madres consideran que el desear un hijo y gestarlo es motivo de grandes satisfacciones y no se ven afectadas por el alto riesgo en el que han sido diagnosticadas a causa de su edad. Las madres se confrontan con algunos aspectos de su vida como personas y expresan que la gestación promueve generosidad, amor por el otro, y que atrae la felicidad al sentirse fuente de buenos sentimientos. Para ellas, la gestación representa una nueva oportunidad de vida y una situación que les abre puertas al mundo:

Otra etapa más... que es muy linda, que estoy aprendiendo cosas que no me había dado la oportunidad antes de aprender [P2E1].

Me siento muy contenta. Una experiencia muy bonita y he aprendido mucho [P4E1].

Todo ha sido muy bonito; el bebé me ha abierto puertas, muchas cosas. Por ejemplo esto, es por algo... ¿sí? [P9E1].

En este sentido, es importante en la consulta de enfermería permanecer en escucha activa frente a esa significancia expresada por ellas, pues proporciona mecanismos para establecer mejores planes de cuidado, prevención de riesgos, enfoque en la familia y en el ámbito de la madre, permitiendo una atención de enfermería estratégica en relación con las necesidades de las gestantes, como describe Lafaurie (15).

#### *Subcategoría Sentirse apoyada*

Estudios hablan del apoyo a la gestante a nivel emocional (13) en casos donde se prevé el alto riesgo del bajo peso al nacer o del parto prematuro.

Concluyen que el apoyo beneficia una disminución en la probabilidad de parto por cesárea, así como algunas mejoras en los resultados psicosociales inmediatos (13, 16, 17, 18).

Por su parte, las gestantes de esta investigación afirmaron que les emocionaba mucho pensar en el bebé, imaginárselo, recrear en su mente su físico, lo que les hace sentirse apoyadas en todo momento. Advertir los movimientos fetales es ya una señal de esa presencia efectiva y permanente de otra persona en su vida:

¿Estando con la bebé? No. Que las dos estamos ahí y que las dos nos vamos a apoyar. Yo siento que ella cada vez que yo me pongo a pensar..., mi amor, pero... O sea: ella siente cuando me deprimó, cuando me dan ganas de llorar, cuando... Todas esas emociones yo siento que ella de alguna forma: «¡Espérate! Estoy aquí, estoy contigo, no estás sola» [P8E1].

Es importante para el cuidado de enfermería entender cómo influye la creencia religiosa en la persona cuidada. Algunas gestantes expresan que su principal apoyo en ese momento es Dios y en él depositan toda su confianza para seguir bien. La apertura y entrega en el plano espiritual de algún modo conduce a la disposición, aceptación y agradecimiento por la primigestación:

Me llena de fortaleza, me mantiene y me sostiene; y frente a la gestación: entender que es un propósito eterno y que Dios me dio a mí un instrumento para traer un ser humano. Mi apoyo y mi fuerza van a ser él [P9E1].

Para las participantes, una fuente de apoyo importante es Dios. La creencia las lleva a entregar su proceso a la voluntad de ese ser supremo que, según ellas, las llena de esperanza y fe.

### **Categoría Miedos**

La mujer gestante experimenta miedo por situaciones normalmente desconocidas o por experiencias previas negativas. Para la primigestante, nada es más desconocido que el momento del parto y, diagnosticada con alto riesgo, ese miedo se acrecienta por toda la información que lleva consigo, dado que ésta no siempre viene de fuentes óptimas ni de forma apropiada. El primer miedo expresado fue el desenlace final de la gestación: el parto. Ellas refieren:

Estamos un poco llenas de miedo porque no sabemos, más si somos primerizas, qué nos va a pasar, cómo nos van a tratar [P1E1].

A veces digo: «Dios mío, que todo esté bien, que el momento del parto sea un...». O sea, siempre piensa uno es en el parto, ¿no?, que es como el momento clave de todo [P7E2].

Para la madre es importante tener la certeza de contar con la atención médica adecuada, que le da tranquilidad y ayuda en la respuesta a la demanda física y psicológica en el proceso de trabajo de parto y en el parto, así como en el resultado de ese desafío. Como señala Vasconcelos (19), la calidad de la atención exige acogimiento, escucha, involucramiento y compromiso:

Que por lo menos esté bien, que pueda estar bien atendida, que en el momento que ella nazca... [P8E1].

#### *Subcategoría Miedo al parto*

Sentir miedo ante una situación desconocida que se sabe provoca dolor es tan natural como inevitable en la mujer gestante al referirse al parto por primera vez. Pero desde una mirada humanizada del cuidado, pueden realizarse varias intervenciones para mitigar ese factor que altera la vivencia de un parto seguro y tranquilo con acompañamiento, educación y confianza en la atención brindada, favoreciendo el cuidado interpersonal por encima del cuidado físico-técnico en los procesos de parto (18).

Para la mujer gestante, el parto es sinónimo de alegría, pero también de mucho dolor, miedo aprendido por otras experiencias dolorosas o porque otras personas lo han influido al referirse a las contracciones uterinas o al dolor de la cesárea. Los procedimientos quirúrgicos siempre generan miedo y ansiedad, factores que los cuidados perioperatorios deben tener en cuenta (20). En el caso de las gestantes de esta investigación, la cesárea no fue la mejor opción para terminar su proceso, porque sintieron que la naturalidad de su proceso se veía interrumpida (18, 20):

Hay noches en que yo me acuesto a dormir y ¡jum!... Pero cuando me despierto dos o tres de la mañana y: «¡Dios mío!..., ¿qué voy a hacer?». Siempre le he tenido miedo al dolor, siempre [P9E1].

#### *Subcategoría Miedo a la muerte*

El miedo a la pérdida temprana o a tener un parto prematuro con desenlace fatal es inminente cuando se ha deseado un hijo. El sentimiento de amor profundo y lo intenso de las ilusiones que crean las gestantes por ese hijo anhelado desencadena en ellas temor a la pérdida prematura del hijo por nacer:

Tenía miedo a perderla, porque ya estaba ilusionada [P8E2].

Los sentimientos ambivalentes que acompañan a la mujer durante su gestación la llevan a sentir, imaginar y aprender el miedo a la muerte, paradójicamente acompañado de mucha alegría por gestar, por ser fuente transformadora de vida:

Pero sé que el día del parto va a llegar y eso me genera cierta tensión. Es el temor a la muerte, y es real [P9E1].

Desear y tener un hijo es “un proyecto de vida, no un antojo” (18). Las primigestantes objeto del presente estudio fueron conscientes de la magnitud de la situación y contaron que tuvieron pensamientos de fatalidad sobre el momento del parto. Es la miscelánea de ansiedad, temor, pensamientos de fatalidad, esperanza y estrés que se convierten en un círculo vicioso y que pueden causarles daño psicológico. La mujer en gestación siempre requiere del apoyo sicosocial que le permita autocuidarse y sentirse más seguras, en el cual la educación preconcepcional y prenatal son favorecedores, pues promueven la salud de la mujer y la de su hijo por nacer (21):

Yo sé que la muerte en un parto puede ser..., por eso quisiera cesárea para evitar... ¿Sí me entiendes? [P9E1].

#### *Subcategoría Miedo a la maternidad*

Cuando aparece en sus vidas la opción de la maternidad, también lo hace el temor al cambio y surgen interrogantes como: ¿Seré una buena madre? ¿Será que sí lo logro? ¿Y el trabajo? ¿Y los viajes? Surgen inquietudes que van relacionadas más con la pérdida de espacios o libertades acostumbrados que con su propia capacidad de ser madres. El miedo expresado por las

gestantes no está relacionado únicamente con el proceso biológico de la gestación, sino también con lo que implica ser madre, el rol materno y su efecto en el estilo de vida:

Yo decía, o sea, no. Yo para dejar de trabajar, para no volver a estudiar, para no poder volver a viajar ni nada de esas cosas... ¡nooo! Gracias. O sea: para nada, no lo quiero [P2E1].

Ya sentía que el tema no era rechazo sino miedo. Sentía internamente que yo no iba a ser capaz de ser mamá [P2E1].

#### *Subcategoría Preocupación*

Desde todo punto de vista, para ellas la maternidad se debe vivir simultáneamente con la paternidad de una pareja comprometida con esa tarea, que les facilite la adaptación a esa nueva realidad. Así lo observan Mercer y Alvarado (17), quienes describen la adopción del rol con el anticipatorio, el formal, el informal y el personal, y en los que influyen factores como la edad, la experiencia del parto, la separación infantil precoz, la autoestima, la flexibilidad, el esfuerzo del rol, la ansiedad, la vinculación y la relación de pareja.

Aunque el rol materno y paterno no se aprende en poco tiempo y menos si no se cuenta con el apoyo efectivo de la pareja, a estas madres les preocupa mucho su diagnóstico de alto riesgo obstétrico. Por lo tanto, se constituye en un espacio donde el cuidado de enfermería es indispensable desde la etapa pre-concepcional, fortaleciendo a la madre y a su familia para el ejercicio de la maternidad conjunta:

Uno dice «¡Ay, es que yo puedo sacar un hijo adelante!». Pero ésas son mentiras, porque uno por ejemplo con lo que ellos pasan no alcanza ni siquiera para comprarles una muda de ropa. Siempre les hace falta. Uno dice que uno puede solo, pero es difícil [P4E1].

En esa tarea de aprender a ser madres y padres a ellas les preocupa el cuidado de su hijo una vez nazca. Se sienten responsables del cuidado y se muestran ansiosas por enfrentar el cambio constante y vertiginoso, que por su naturaleza no tiene lugar en una práctica controlada:

¿Quién me lo va a cuidar y dónde lo voy a dejar? ¿Quién lo cuidaría mejor que yo? Entonces, a mí me da como ese vacío, ese temor, porque no tengo, no tengo..., o sea, no veo [P9E1].

## Discusión

La salud materna ha sido abordada desde distintos enfoques (22). En este caso, se asocia a lo sexual, a lo reproductivo y a lo sociocultural, dando cuenta de la significancia de ese aspecto para la mujer mayor de 35 años que gesta por primera vez. Se entiende que ningún embarazo es totalmente aceptado o rechazado. Aunque alguno de los dos sentimientos sea el predominante, el otro siempre se encuentra presente (12, 14).

Las afirmaciones de las primigestantes muestran la gestación como una bella experiencia, alegre, matizada por emociones y pensamientos de miedo y angustia, que simultáneamente las acompañan, pero que hacen parte de la realidad y de la armonía de ser madres. No importa el diagnóstico de “alto riesgo”, pero se advierte la necesidad de recibir orientación profesional de

un equipo de salud que sabe contextualizar su situación, que entiende su realidad. En este sentido, los profesionales de enfermería, a través de su apoyo formal, pueden ofrecer soporte emocional, informativo, social e instrumental, que guíe a las madres en la adopción de una maternidad segura. Esto coincide con Lafaurie, quien concluye es su estudio que las gestantes en alto riesgo requieren de atención integral y oportuna (22).

La maternidad para algunas mujeres es un reto no planteado en su proyecto de vida por la dificultad que supone la combinación de la vida laboral y tener hijos. Contrario a esto, Bravo *et al.* (18) afirman que gestar y ser madre es “un espacio de tiempo en el que se descubren en sí misma capacidades inéditas y un mundo interior muy poderoso y desconocido”. Las participantes del presente estudio coincidieron con los autores en señalar que la gestación en sus vidas hace que se confronten y se descubran a sí mismas como fuente de amor y promoción de generosidad. Además, minimizan lo que ellas llaman *sentimientos egoístas* si se niegan a ser madres.

Por otro lado, a la mayoría de las gestantes les preocupó el momento del parto. A medida que se acerca, toda mujer puede llegar a sentir miedo —más en su primera vez— al dolor, a morir o a perder el control de la situación, pues han tomado *alto riesgo* como sinónimo de *parto por cesárea*. Esto concuerda con el estudio de Lafaurie *et al.*, el cual asocia el alto riesgo con la hospitalización y con una mayor complejidad en el parto (22).

Con frecuencia, todo lo nuevo que llega a la vida de una persona en el marco de una familia modificará su estructura y dinámica. En este sentido, se identificó en las participantes de esta investigación un miedo que se denominó *miedo a la maternidad*, dado que, cuando llega a sus vidas la opción de la gestación, aparece el miedo al cambio en su dinámica familiar y personal. Igualmente, expresaron la importancia de vivir un proceso de adaptación cuando se espera un hijo, pues se modifica el proyecto de vida tanto para la gestante como para la pareja. Esto coincide con lo encontrado por Cáceres en su estudio, que evidencia la preocupación que sienten madres de diversas edades por los cambios en su vida, las dificultades para la crianza en independencia económica y la expectativa/temor que genera el parto (23).

La gestación se convierte en un deseo de cambio, una necesidad de crecer como ser humano, una situación de alegría y regocijo consigo mismas y con la vida, un desafío mayor dentro de su cotidianidad y un riesgo de pérdida para ella o su hijo por nacer, dados los riesgos obstétricos biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad materna avanzada, motivación para el autocuidado (17, 25). Esto se traduce en una necesidad de apoyo de la familia, principalmente de la madre, algo no común en sus vidas, pues son mujeres independientes y autónomas. Las primigestantes mayores de 35 años manifestaron considerar los diagnósticos médicos como observaciones descalificadoras porque no van acompañados de información positiva y clara que mitigue el impacto de la denominación *alto riesgo* (2, 3, 13). Puntualizaron que tuvieron buena relación con el equipo de salud del nivel I de atención, pero que son vistas únicamente por medicina especializada.

## Conclusiones

La maternidad para la mujer mayor de 35 años significa una elección de vida que surge a partir de una serie de factores determinantes, mezclas entre patrones tradicionales e ideas innovadoras de la sociedad respecto a la maternidad y al desarrollo de la mujer. Significa para ellas autonomía y libertad como mujeres íntegras.

El miedo es un sentimiento inherente a la gestación, pero cuando se diagnostica alto riesgo obstétrico aumenta considerablemente y se asocia a daños en el feto o a su propia vida. Según las participantes, el proceso de gestación significó también una dualidad entre la vida y la muerte. Esto implica para la enfermería actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud pre-concepcional; brindar apoyo emocional y psicológico constante; y trabajar en equipo interdisciplinar en el cuidado prenatal.

Al ser la gestación una experiencia que les atañe a muchas mujeres, sólo a partir de la vivencia cada mujer y cada familia gestante comprende las particularidades que conlleva tener su fisiología y sicología influida por una alteración de hormonas durante aproximadamente cuarenta semanas. En este periodo, ellas descubren alegrías, miedos y preocupaciones bajo el efecto de un coctel de sentimientos que embriaga

la vida y que la cambiará para siempre (22). La experiencia de la primigestación, enmarcada en el *alto riesgo*, significa entonces una oportunidad para sentir miedo, preocupación y redescubrirse a través de la experiencia de dar vida y cambio radical de vida en forma positiva pese a las dificultades que la madre pueda tener.

Identificar las necesidades de cuidado de la familia gestante con diagnóstico de alto riesgo favorece la implementación de estrategias de educación en salud materna y perinatal en forma preventiva para disminuir las tasas de morbilidad materno-perinatal.

Se recomienda a los profesionales de la salud que atienden la consulta prenatal en todos los niveles de atención ser cautelosos y mesurados al expresarse, y dar recomendaciones a la gestante independiente, si es alto riesgo o no. Además, se debe tomar parte esencial en la atención los aspectos psicológicos de la madre y abordarlos con el mismo interés que los fisiológicos, sin caer en la exageración o la crítica negativa, respetando siempre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y su familia.

Esta investigación fue financiada por la Universidad Nacional de Colombia a través de la DIB Bogotá, Proyecto n° 202010017037, Código Hermes 14573 (2011).

## Referencias

- (1) Gómez-Sotelo Á, Gutiérrez-Malaver ME, Izzedin-Bouquet R, Sánchez-Martínez LM, Herrera-Medina NE, Ballesteros-Cabrera M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2012;14(2):189-199.
- (2) Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Prev Med*. 2011;53(1-2):85-88.
- (3) Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol [revista en Internet]*. 2009 [acceso: 29 feb 2013];74(6):331-338. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600003>



- (4) Salazar A, Valenzuela S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Rev Bras Enferm* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 10 mar 2013];62(4):613-619. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400021>
- (5) Ceriani JM, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 11 feb 2012];108(1):17-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752010000100005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100005)
- (6) Ramírez E, Huertas F, Guevara M, Uribe I. Efectividad de un programa de promoción de la salud para adolescentes embarazadas. *Enferm Investig Desarro*. 2013 ene;11(1):29-37.
- (7) Campos CJ, Ribeiro ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2009 [acceso: 2012 mar 15];17(2):259-264. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>
- (8) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (04/10/1993).
- (9) Garzón N, Peña B, Prieto R, Aguinaga O, Arango G, Munevar R. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia [guía en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008 [acceso: 20 feb 2012]. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/ugiEtica/Guia\\_etica\\_FEUN.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/ugiEtica/Guia_etica_FEUN.pdf)
- (10) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2002.
- (11) Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*. 2003;34(3):164-167.
- (12) Giraldo DI. “En los últimos días del embarazo, uno ya no es la misma persona”: vivencias de la gestante en el parto [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (13) Hodnett ED, Fredericks S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer. *Cochrane Plus*. 2008;(4):1-16.
- (14) Restrepo M. La ansiedad durante el embarazo y el parto [monografía de pregrado]. Medellín: Fundación HETAH-Tecnología con sentido humano; 2006.
- (15) Lafaurie MM, Castañeda KV, Castro DM, Laverde SM, Balaguera LY, López CM et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Rev Col Enf*. 2011;6(9):15-28.
- (16) Alvarado L, Guarín L, Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. *Rev Cuid*. 2011;2(1):195-201.
- (17) Mainegra MM, Ramos NP, Cruz TM, Betancourt O. Riesgo reproductivo preconcepcional Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez”. Fomento. Sancti Spiritus. *Gac Méd Espirit* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 20 feb 2013];13(2):230-237. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.\(2\)\\_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.(2)_01/p1.html)
- (18) Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2008 [acceso: 15 mar 2011];73(3):179-184. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>
- (19) Vasconcelos-Moura MA, Silva GF, Santos C, Araújo-Silva V. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. *Aquichan*. 2014;14(2):196-206.
- (20) Salazar-Maya AM. Cirugía: entre la angustia y la alegría a la vez. *Aquichan*. 2011;11(2):187-198.

(21) Ardevol-Cordovez D, Lluch-Bonet A, Paz-Alemán DM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2015 [acceso 08 feb 08 2016];31(3):[aprox. 15 pantallas]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224/126>

(22) Lafaurie MM, Antolinez P. Una mirada de género al embarazo después de los 35 años: experiencias de mujeres atendidas por la red de salud de Bogotá D.C. *Rev Colomb Enferm*. 2009;9(9):95-107.

(23) Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*. 2014;14(3):316-326.

(24) Berlanga-Fernández S, Pérez-Cañaveras RM, Vizcaya-Moreno ME, Tarrés-Cansado RM. Apoyo social formal a un grupo de madres con hijos menores de un año. *Aquichan*. 2013;13(2):206-215.

(25) Araujo NB, Mandú EN. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2016 mar 12];20(57):363-375. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0083>

# Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena

Comunicação e coordenação em enfermagem em uma instituição de saúde de alta complexidade em Cartagena

Communication and coordination of nursing in a high complexity health institution in Cartagena

• Alexander Puello Ortega<sup>1</sup> • Rosibel Prieto Silva<sup>2</sup> • Victoria Rondón Medina<sup>3</sup> •

•1• Maestrante en Enfermería con Énfasis en Gerencia del Cuidado. Bogotá, Colombia. E-mail: apuelloo@unal.edu.co

•2• Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

•3• Comunicadora Social y Periodista. Miembro Grupo de Investigación "Cuidado Perioperatorio". Bogotá, Colombia.

Recibido: 22/11/2012 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.56132>



## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la comunicación y coordinación de enfermería en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) de alta complejidad en Cartagena, Colombia.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, de tipo cuantitativo. La población estuvo constituida por cien enfermeras<sup>4</sup> que participaron voluntariamente. La información fue recolectada mediante la aplicación de las escalas del instrumento *Cuestionario de práctica colaborativa UCI médico-enfermera*, de Shortell *et al.*, versión en español, validada en el contexto colombiano con un Alfa de Cronbach de 0,92 para *Comunicación* —según la definición de Irvine *et al.* (1)— y de 0,82 para *Coordinación* —según la definición de Shortell *et al.* (2).

**Resultados:** El promedio de los puntajes de la dimensión *Comunicación* a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad fue de 3,8 en las Unidades de Urgencias, Cirugía y Hospitalización; y 3,7 en la Unidad de Cuidados Intensivos y Programas Especiales. En cuanto a *Coordinación*, el promedio fue de 3,9 para las Unidades de Cirugía y Hospitalización; de 3,3 para Unidad de Cuidados Intensivos; y 3,8 para Urgencias.

**Conclusión:** La mayor parte de los factores que conforman las dimensiones *Comunicación* y *Coordinación* entre las enfermeras y con el equipo de salud fueron evaluados positivamente al hallarse resultados similares en las unidades en las puntuaciones y promedio a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad. Esto facilita que la enfermería asuma de manera óptima la continuidad de los cuidados en el rol interdependiente.

**Descriptores:** Calidad de la Atención de Salud; Atención de Enfermería; Comunicación (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar a comunicação e coordenação de enfermagem em uma Instituição Prestadora de Serviços (IPS) de alta complexidade em Cartagena, Colômbia.

**Metodologia:** Estudo descritivo transversal, de tipo quantitativo. A população constou de uma centena de enfermeiros que participaram voluntariamente. As informações foram coletadas através da aplicação das escalas do instrumento *Questionário de prática colaborativa UCI médico-enfermeira*, de Shortell *et al.* versão em espanhol, validada no contexto da Colômbia, com Alfa de Cronbach de 0,92 para *Comunicação* —segundo a definição de Irvine *et al.* (1)— e 0,82 para a *Coordenação* —segundo a definição de Shortell *et al.* (2).

**Resultados:** Os resultados médios das pontuações da dimensão *Comunicação* a nível individual para todos os enfermeiros da mesma unidade foi de 3,8 nas Unidades de Emergência, Cirurgia e Hospitalização; e 3,7 na Unidade de Terapia Intensiva e Programas Especiais. Em relação à *Coordenação*, a média foi de 3,9 para Unidades a Cirurgia e Hospitalização; de 3,3 para a Unidade de Cuidados Intensivos; e 3,8 para Urgências.

**Conclusão:** A maioria dos fatores que compõem as dimensões *Comunicação* e *Coordenação* entre os enfermeiros e a equipe de saúde foram avaliados positivamente, ao encontrar-se resultados semelhantes nas unidades em dezenas e dezenas, da média nas pontuações a nível individual para todos os enfermeiros da mesma unidade. Isso facilita que a enfermagem assuma da melhor maneira a continuidade dos cuidados no que tem a ver com o papel interdependente.

**Descritores:** Qualidade da Assistência à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Comunicação; (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To evaluate communication and coordination of nursing in a highly complex institution (IPS) in Cartagena, Colombia.

**Methodology:** A cross-sectional descriptive study was made. The population involved one hundred nurses who participated voluntarily. Information was collected by applying the Shortell's *et al.* scales from *Physician collaborative practice ICU nurse questionnaire*, validated for Colombian context with a Cronbach's Alpha of 0.92 for *Communication* —according to the definition of Irvine *et al.* (1)— and 0.82 for *Coordination* —according to the definition of Shortell *et al.* (2).

**Results:** The average scores of *Communication* dimension individually for all nurses of the same unit was 3.8 in the Emergency, Surgery, and Hospitalization Units; and 3.7, in the Intensive Care Unit and Special Programs. In respect of *Coordination* dimension, the average was of 3.9 in the surgery and hospital units; of 3.3 in Intensive Care Unit; and 3.8 in Emergency Room.

**Conclusion:** Most of factors that make both *Communication* and *Coordination* dimensions among nurses and the health team were evaluated positively, with similar results in the units and average scores of individual-level scores for all nurses of the same unit. This facilitates that nursing optimally assume continuity of care regarding the interdependent role.

**Descriptors:** Quality of Health Care; Nursing Care; Communication; (source: DECS BIREME).

4 Dado que la mayoría de población evaluada fueron mujeres, por practicidad obviaremos el término masculino *enfermeros*, a pesar de que el 9% fueron hombres.

## Introducción

Irvine *et al.* (3), basándose en la propuesta de Donabedian (4), desarrollaron un modelo que permite evaluar la contribución de la enfermería a la calidad del cuidado desde la medición de la calidad mediante los enfoques de estructura y proceso, usando algunos instrumentos orientados a medir el componente de proceso que desagregaron en tres roles: dependiente, interdependiente e independiente.

Parra y Arango (5) realizaron un estudio metodológico en el año 2008 con el objetivo de evaluar la validez facial, de contenido, de constructo, consistencia interna y reproducibilidad de las escalas de comunicación y coordinación del instrumento *Cuestionario de práctica colaborativa UCI médico-enfermera*, de Shortell *et al.* Éstas fueron usadas por Irvine *et al.* para medir el rol interdependiente de la enfermería en su modelo.

Los resultados revelaron que el instrumento es válido, confiable y reproducible en el contexto colombiano, a partir de lo cual se recomienda su utilización para el estudio de la coordinación y comunicación como indicadores del rol interdependiente de la enfermería en futuras investigaciones.

La enfermería ha sido considerada un pilar fundamental para la dirección y la gestión en todos los servicios, debido a su mayor grado de interacción directa con los usuarios internos y externos. Por tal razón, las siguientes investigaciones fueron consideradas fundamentales por los autores.

Knauss *et al.* (6) recomiendan que tanto en ambientes hospitalarios como en unidades de cuidado intensivo y ambientes de cuidado crítico, la intervención médica y de enfermería sea inmediata, con diálogo activo y adecuada coordinación y comunicación para responder rápidamente a los cambios de los pacientes.

Así mismo, Cohen (7) incluye la comunicación y la coordinación como variables de proceso, los cuales influyen en la disminución de los días de estancia, en el número de medios diagnósticos y en el aumento en la satisfacción de los usuarios.

Con el fin de motivar una comunicación eficaz, Longest (8) considera que las organizaciones deben vencer los numerosos obstáculos que bloquean, filtran y distorsionan los mensajes.

Infortunadamente, en la enfermería se desconoce el impacto que tienen estos factores en su trabajo. La relevancia teórica del estudio presente está fundamentada en el hecho de proporcionar a la comunidad científica un aporte a la evaluación de la comunicación y coordinación de enfermería sustentada en la aplicación de conocimientos propios de la profesión. Ésta podrá ser reproducida por quienes deseen evaluar la comunicación y coordinación en enfermería en diferentes instituciones de diversas proporciones, como se hizo en esta oportunidad en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena.

## Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal de abordaje cuantitativo. La recolección de información se realizó para describir, interpretar y analizar cómo es y de qué manera se manifiesta la comunicación y la coordinación de enfermería (9) en una IPS de alta complejidad, durante los meses de febrero y marzo de 2010. La información recolectada fue procesada aplicando el análisis estadístico.

La población de estudio estuvo constituida por cien enfermeras que laboraban en una IPS de alta complejidad de Cartagena en servicios asistenciales en turnos de 36 o más horas semanales y vinculadas con la institución hace más de tres meses, quienes fueron caracterizadas en la primera fase del estudio. Esta IPS fue seleccionada por haber contratado el mayor número de enfermeras en la ciudad. Fueron excluidas aquellas enfermeras que estaban en periodo de prueba, en orientación, en trabajo temporal o en remplazo de licencias o vacaciones.

El presente estudio se basó en los fundamentos éticos contemplados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (10) en atención a los principios descritos en los numerales 9, 22, 23, 24; en las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (11); en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (12); y en la Ley 911 de 2004 (13).

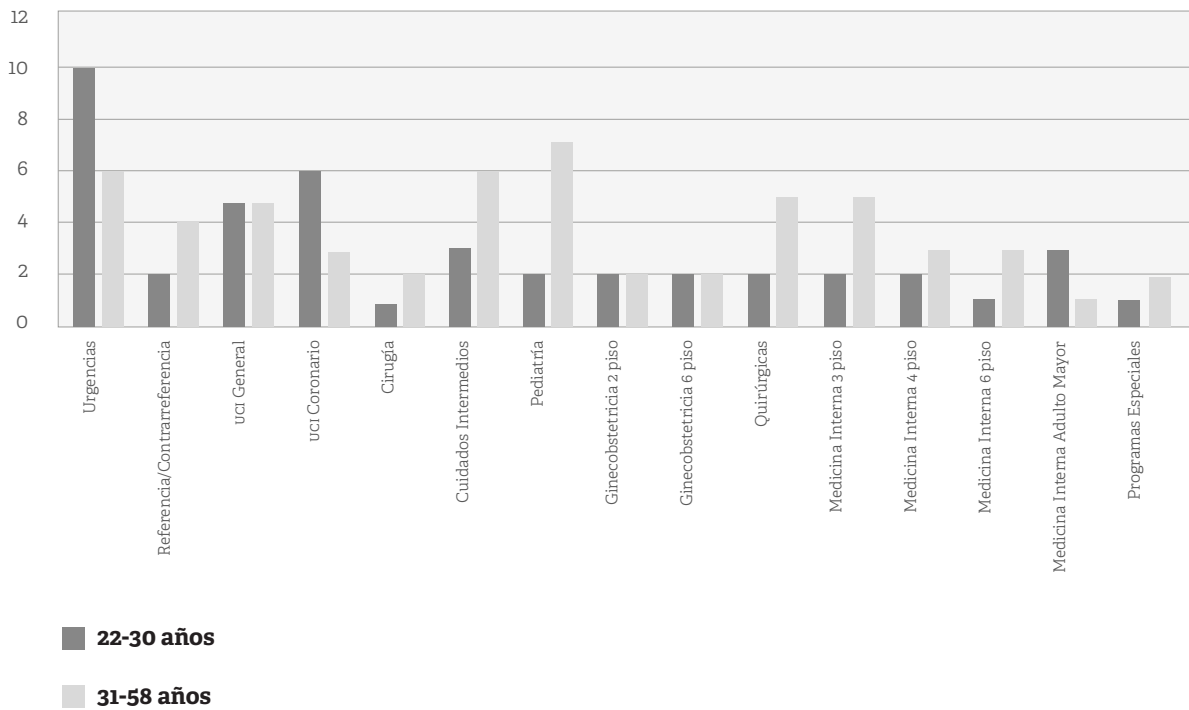
## Resultados

El grupo de cien profesionales de enfermería que participaron en el estudio se caracterizó por ser en su mayoría mujeres (91%). El rango de edad más frecuente se ubicó en edades 26-30 años (34%), seguido del rango 22-25 años (24%). El promedio de edad fue de 29 años (ver Gráfico 1) y la Desviación Estándar, de 2,4. Por lo anterior, se puede afirmar que la mayoría de los profesionales de enfermería del estudio que laboraban en la IPS eran adultos

jóvenes. La edad —en este caso de adultos jóvenes— fue considerada una variable de las enfermeras directamente relacionada con la experiencia profesional. En consecuencia, acorde con los resultados, el 58% de la población estudiada estaba iniciando su experiencia profesional.

**Gráfico 1.** Distribución de la población según rango de edad en cada unidad dentro de la IPS de alta complejidad, Cartagena, 2010

**Distribución de la población según rango de edad en cada unidad dentro de la IPS**



**Fuente:** Datos de la investigación.

El Gráfico 2 muestra la distribución de la población objeto del estudio de acuerdo al tipo de servicio.

**Gráfico 2.** Número de profesionales de enfermería por unidad dentro de la IPS de alta complejidad, Cartagena, 2010

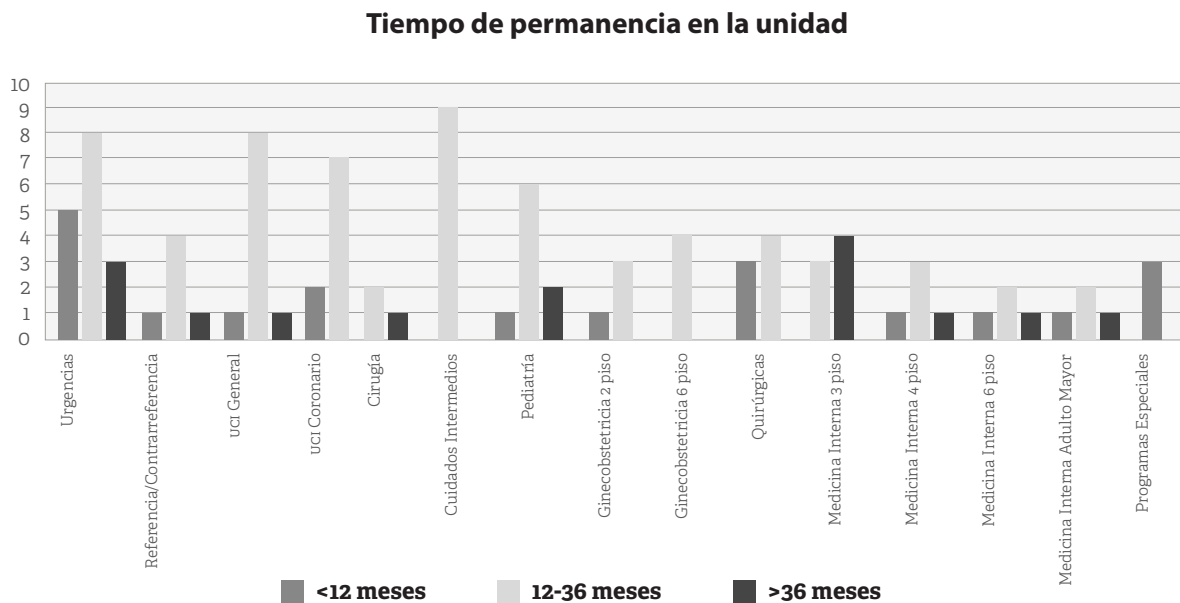


**Fuente:** Datos de la investigación.

En cuanto al tiempo de estar laborando en la IPS, la mayoría de la población del estudio se ubicó en el promedio de 1,5 años, seguido del grupo que tuvo en promedio 3,5 años. Los profesionales de enfermería de mayor experiencia correspondieron al 2% del total de la población y se ubicaron en el promedio de tiempo de 11 años. Con relación al

tiempo de permanencia en la unidad (ver Gráfico 3), el promedio fue de 18 meses (65%), seguido de un promedio menor a 12 meses (20%).

**Gráfico 3.** Distribución de la población del estudio según tiempo de permanencia en la unidad, Cartagena, 2010



**Fuente:** Datos de la investigación.

Dado que el tiempo de permanencia en la IPS es un factor determinante para el desempeño del rol interdependiente de la enfermería, se realizó la distribución de la población de estudio según el tiempo de permanencia en la unidad en el momento de la recolección de la información.

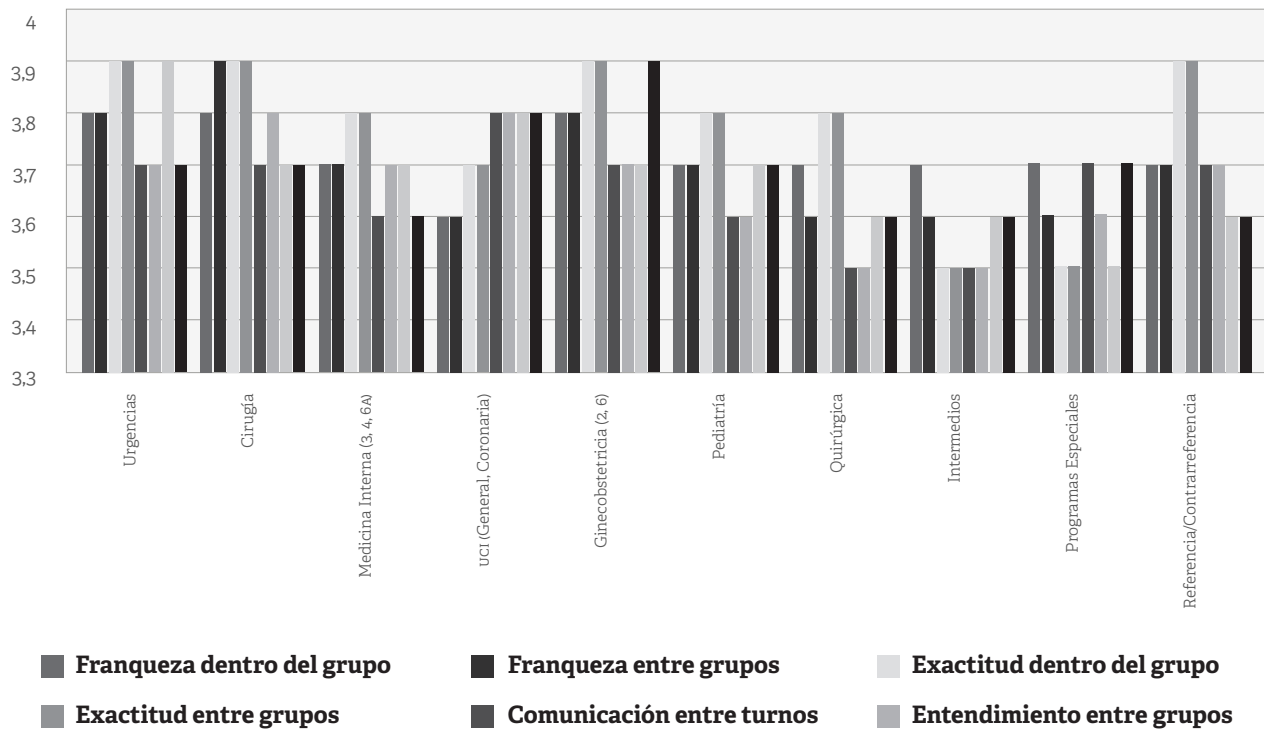
### Descripción de las subdimensiones de Comunicación en enfermería

La comunicación fue medida mediante 31 ítems agrupados en ocho subdimensiones que contemplan diferentes factores que incluyen *exactitud*,

*oportunidad*, *comprensión* y *satisfacción* (ver Gráfico 4). Es importante no sólo definir el concepto de cada subdimensión, sino también hacer un análisis con los resultados y comparar con otros estudios relacionados con estas subdimensiones o con aquellos que refieran las características no como subdimensiones sino que se relacionen con la comunicación, el entendimiento, la franqueza en la comunicación, entre otros.

**Gráfico 4.** Promedios de las subdimensiones de Comunicación en enfermería

**Promedios de las subdimensiones de Comunicación en enfermería**



**Fuente:** Datos de la investigación.

**Subdimensión 1.** Franqueza en la comunicación dentro del grupo (ítems 1, 4, 6 y 9): esta dimensión permite conocer hasta qué punto las enfermeras pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con otras sin miedo a repercusiones o malentendidos.

**Subdimensión 2.** Franqueza en la comunicación entre los grupos (ítems 12, 15, 17, 19): esta dimensión permite conocer hasta qué punto las enfermeras

pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con miembros de otros grupos, sin miedo a repercusiones o malentendidos.

**Subdimensión 3.** Exactitud de la comunicación dentro del grupo (ítems 2, 5, 8, 10): esta dimensión permite conocer hasta qué punto las enfermeras creen en la constante exactitud de la información que les transmiten otras enfermeras.



**Subdimensión 4.** Exactitud de la comunicación entre los grupos (ítems 13, 16 y 20): se define como el grado en el cual las enfermeras creen en la constante exactitud de la información que les transmiten miembros de otros grupos.

**Subdimensión 5.** Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos: es definida como la efectividad de la comunicación entre las enfermeras que trabajan en distintos turnos. Es medida por los ítems 3 y 7.

**Subdimensión 6.** Entendimiento entre el grupo (enfermeras-médicos): es definida como el entendimiento y la efectividad de comunicación entre las enfermeras y los médicos de esta unidad, medida por los ítems 11, 14, 18, 22, 24, 25, 27 y 28.

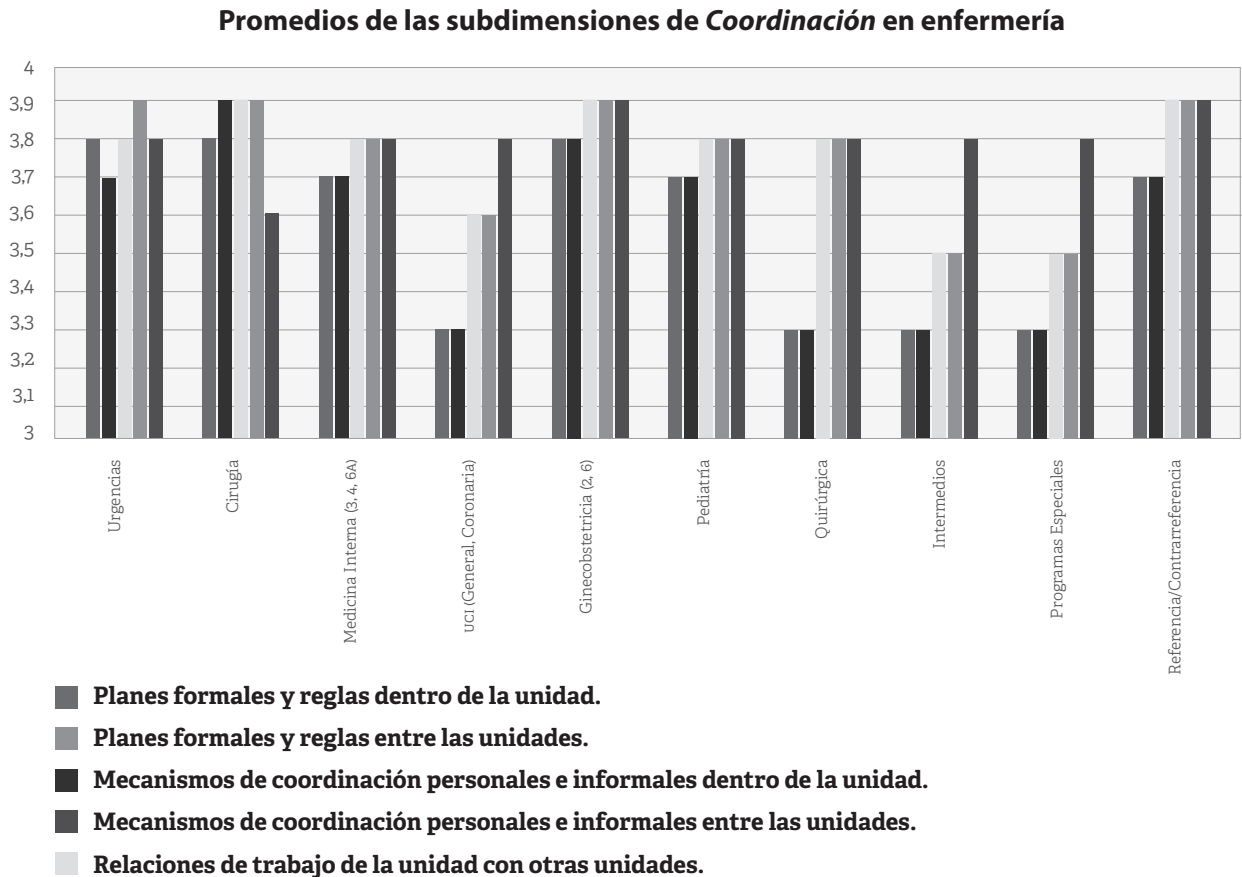
**Subdimensión 7.** Comunicación oportuna (ítems 21, 23 y 26): definida como hasta qué punto la información concerniente al tratamiento de pacientes es transmitida oportunamente a las personas que necesitan tener estos conocimientos.

**Subdimensión 8.** Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación: definida como el grado de satisfacción con la comunicación entre las enfermeras, los pacientes, sus familias y las enfermeras de otras unidades. Es medida con los ítems 29, 30 y 31.

### Descripción de las subdimensiones de Coordinación en enfermería

La escala de coordinación la conforman cinco subdimensiones medidas por 22 ítems (ver Gráfico 5).

**Gráfico 5:** Promedios de las subdimensiones de *Coordinación* en enfermería



**Fuente:** Datos de la investigación.

*Subdimensión 1.* Planes formales y reglas dentro de la unidad (ítems 32, 33, 34, 37, 38 y 39): se define como la efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad.

*Subdimensión 2.* Planes formales y reglas entre las unidades (ítems 41, 42, 44, 45, 47 y 49): se define como la efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar el personal de la unidad con el resto del hospital.

*Subdimensión 3.* Mecanismos de coordinaciones personales e informales dentro de la unidad (ítems 35, 36 y 40): esta dimensión se refiere a la efectividad de mecanismos informales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad.

*Subdimensión 4.* Mecanismos de coordinación personales e informales entre las unidades (ítems 43, 46 y 48): evalúan los mecanismos de coordinación personales e informales encaminados a coordinar el personal de enfermería de la unidad con el resto del hospital.

*Subdimensión 5.* Relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades (ítems: 50, 51, 52 y 53): estas afirmaciones consideran hasta qué punto las relaciones con otras unidades del hospital facilitan el desempeño de la unidad.

## Comunicación y Coordinación global en enfermería

El instrumento seleccionado para el estudio se denomina *Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico-Enfermera*, de Shortell *et al.* La escala de comunicación y coordinación permite evaluar las percepciones que tienen cada enfermera de forma individual ante los 53 ítems que conforman el instrumento.

Para obtener el puntaje general de escala a nivel de unidad se promediaron los puntajes a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad. Así pues, en la escala de *Comunicación* se obtuvieron resultados similares para las Unidades de Urgencias, Cirugía y Hospitalización con un promedio de 3,8 y un promedio de 3,7 para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Programas Especiales. Esto indica que la percepción de las enfermeras con respecto a la comunicación fue buena según la interpretación de los resultados de la escala.

Así mismo, en la escala *Coordinación* se hallaron resultados similares para las Unidades de Cirugía y Hospitalización con un promedio de 3,9 y un promedio de 3,3 para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos. Por su parte, en Urgencias el promedio fue de 3,8. Aunque en las unidades de cuidados intensivos hay buena comunicación, ésta resultó aún mejor en los servicios de hospitalización.

La comunicación y la coordinación en enfermería pueden ser evaluadas desde la perspectiva del *Modelo de efectividad del rol de enfermería*, al analizar las variables de proceso del rol interdependiente. Las respuestas dadas por la mayor parte del grupo de enfermeras (87%) en la dimensión *Comunicación* abarcaron apertura, exactitud, oportunidad, comprensión y satisfacción en el intercambio de comunicación entre enfermeras y con el personal médico. Estas dimensiones que evalúan la comunicación son necesarias para la continuidad del cuidado y para lograr la calidad de la atención.

Existe *apertura* en la comunicación dentro del grupo de enfermeras y con miembros de otros grupos de la IPS en la mayoría de las unidades (80%). Por lo tanto, las enfermeras pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con otras enfermeras y con los médicos sin miedo a repercusiones o malentendidos.

De igual manera, los factores que determinan la constante *exactitud* de la información que se transmiten las enfermeras de la IPS entre sí fueron evaluados positivamente en nueve de las quince unidades de la IPS. Sin embargo, esta constante exactitud de la información no se da de la misma manera en seis unidades. Aun así, la mayor parte del grupo de enfermeras de Cirugía, UCI General, UCI Coronario, Cuidado Intermedio, Ginecoobstetricia, Sexto Piso, Medicina Interna y Adulto Mayor recuerdan que en más de una ocasión han recibido información incorrecta. Con frecuencia es necesario confirmar la exactitud de la información que han recibido y considerar que algunas enfermeras de esta unidad no entienden del todo la información recibida y que la información transmitida entre las enfermeras de estas unidades no es exacta.

Los resultados evidencian que existen diferencias entre unidades en cuanto a la transmisión de la información entre enfermeras, de manera que los procesos relacionados con la *Comunicación* entre grupos no se encuentran debidamente estandarizados en todas las unidades de la IPS.

La dimensión *Comunicación oportuna y entendimiento* entre el grupo en la población de estudio arrojó resultados positivos. La mayor parte de las enfermeras de todas las unidades respondieron que estaban *de acuerdo y completamente de acuerdo* en que obtienen información de manera oportuna sobre el estado de los pacientes y en asuntos relacionados con su cuidado.

En cuanto a la *Satisfacción*, los resultados indicaron que la mayor parte de las enfermeras que participaron en el estudio están *satisfechas y muy satisfechas* con la comunicación que se da entre las familias, los pacientes y el personal de enfermería.

Otros indicadores de la calidad de la función de rol interdependiente de las enfermeras se relacionan con la *Coordinación* del cuidado. La mayor parte del personal de enfermería de la IPS respondió estar *de acuerdo y completamente de acuerdo* en que la unidad mantiene relaciones de trabajo constructivas con otros grupos en la IPS. Los factores relacionados con las percepciones de cooperación recibidas de otras unidades fueron evaluadas por las enfermeras en la mayoría de las unidades satisfactoriamente, aspectos que potencializan el rol independiente de la enfermería y que contribuyen a la calidad del cuidado ofrecido a los pacientes y usuarios.

## Discusión

Con los resultados de esta investigación se fortalecen los estudios presentados por otros académicos en los últimos años (14, 15, 16) con el mismo propósito: mejorar el servicio ofrecido por la enfermería por medio del fortalecimiento de las relaciones entre las enfermeras (17) dentro de lugares de trabajo agradables, que faciliten el buen desarrollo de sus actividades (18).

La comunicación y la coordinación que tiene el personal de enfermería en la IPS, dentro de cada unidad como con otras unidades, pueden influenciar resultados positivos para los pacientes y la gestión administrativa. Para esto debe tenerse en cuenta que el grupo de enfermería ha desempeñado un importante rol interdependiente y se expresa en un sistema integrado de cuidado en la mayoría de las unidades. Los resultados de esta investigación alientan a los investigadores, administradores y clínicos a conceptualizar los resultados de la atención en términos de

los procesos de atención que tienen un impacto directo en los resultados y los factores en la organización estructural. Éstos influyen en el proceso de atención y posteriormente en los resultados de la atención, lo cual deberá ser evaluado posteriormente en la IPS en estudio para fortalecer las conclusiones derivadas de la presente investigación.

## Conclusiones

La estructura de la organización del personal de enfermería está diseñada y bien definida para precisar las funciones, las obligaciones y la responsabilidad de cada enfermera. Esto ha permitido favorecer la comunicación y la coordinación en la mayor parte del personal que apoya los objetivos de la IPS (19) y del propio servicio de la enfermería.

Mediante relaciones de autoridad, coordinación y comunicación se vinculan los grupos horizontales y verticales, ordenando y jerarquizando las funciones con la combinación racional de elementos básicos para satisfacer la comunicación y la coordinación del cuidado necesarios para desarrollar el rol interdependiente.

Para que el total del personal cumpla con eficiencia y eficacia sus funciones interdependientes, los profesionales de la salud han de relacionarse e interactuar con la mayor exactitud de la información y así establecer una mejor comunicación en aquellas unidades que requieren necesidades de mejora (20). Es un cambio temporal en la actitud de las personas con respecto al ambiente organizacional que los rodea, estén o no acostumbrados a éste.

La coordinación es una verdadera fortaleza para las enfermeras que laboran en las diferentes unidades (21, 22), pues permite la continuidad, oportunidad y armonía entre los colegas y las unidades administrativas de la IPS, facilitando el funcionamiento y el cumplimiento exitoso de sus objetivos, políticas y metas de calidad. Lo anterior, a pesar de que la preparación y la experiencia profesional del personal de enfermería de la entidad no sea homogénea (23), como fue en este caso.

Una de las tareas principales de la gestión administrativa de la IPS es ofrecer educación continuada a su personal en el ámbito de gestión del cuidado y del trabajo en equipo, que es de su responsabilidad

alcanzar logros importantes en el 100% del personal. Así mismo, es necesario establecer la supervisión y la evaluación como mecanismo de control, que ha de aplicarse en un ambiente cordial y de buenas relaciones con el equipo de enfermería y de médicos.

Resulta indispensable que la enfermería cuente con una organización propia (24) y que tenga claramente definidas sus funciones en el desarrollo del rol interdependiente para producir resultados de interés específico para la disciplina, sensibilizando a los profesionales en la importancia de continuar el desarrollo de investigaciones sobre estos temas. Por otra parte, se pueden mejorar los factores de estructura que tienen que ver con la educación continuada que, si bien no afectan negativamente los procesos del rol interdependiente, pueden afectar los resultados relacionados con el rol dependiente e independiente.

Se espera que este estudio pueda ser un referente para quienes tengan interés por medir aspectos de la comunicación y coordinación como variables de proceso que influyen en los resultados del cuidado, a fin de hacer que estos aspectos logren fortalecer la atención que presta el profesional de enfermería en las instituciones de salud.

## Referencias

- (1) Irvine D, Sidani S, Hall LM. Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nurs Econ*. 1998;16(3):110-116.
- (2) Shortell SM, Rousseau DM, Gillies RR, Devers KJ, Simons TL. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Med Care*. 1991 Aug;29(8):709-726.
- (3) Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ*. 1998;16(2):58-64.
- (4) Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte) [Editorial]. *Control de la Calidad Asistencial*. 1991;6(2):31-39.
- (5) Parra DI, Arango GL. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente de enfermería. *Av Enferm [revista en Internet]*. 2010 [acceso: 18 jul 2011];28(1):51-62. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002010000100006&lng=es&nr-m=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100006&lng=es&nr-m=iso&tlng=es)
- (6) Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Intern Med*. 1986 Mar;104(3):410-418.
- (7) Coben EL. Nursing case management. Does it pay? *J Nurs Adm*. 1991 Apr;21(4):20-25.
- (8) Longest BB. *Health professionals in management*. Connecticut: Appleton & Lange; 1996.
- (9) Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 4ª edición. México D.F.: McGraw Hill Interamericana; 2006.
- (10) Asociación Médica Mundial (AMM). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Adoptada por la 59ª Asamblea General [guía en Internet]. Seúl: Asociación Médica Mundial (AMM); 2008 [acceso: 23 ago 2010]. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf)
- (11) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [guía en Internet]*. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2002 [acceso: 23 ago 2010]. Disponible en: [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)
- (12) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [norma en Internet]. (04/10/1993) [acceso: 24 ago 2010]. Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf)

- (13) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [norma en Internet]. Diario oficial n° 45.693 (06/10/2004 [acceso: 30 ago 2010]. Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
- (14) Baggio MA, Nascimento KC, Arzuaga MA, Erdmann AL. Aprendizaje Basado en Problemas: la comunicación en la integración teórico-práctica en enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 10 may 2016];26(4):257-266. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400009&lng=es)
- (15) Belda LL. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*. 2012;6(16):16-19.
- (16) Clara MC, Marlene SJ. Metodología para el desarrollo de competencias en comunicación a profesionales de enfermería. En: *Convención Internacional de Salud, Cuba "Salud 2015"*. La Habana: ECIMED; 2015. pp. 1-6.
- (17) Baiyekusi I. Physician-nurse relationship-nurse's perception in internal medicine and surgical units [thesis degree]. Kokkola: Central Ostrobothnia University of Applied Sciences; 2010.
- (18) International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association. Entornos positivos para la práctica de los profesionales de salud [report on the Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2008 [access: 2010 Sep 13]. Available from: [http://www.whpa.org/PPE\\_General\\_information\\_Sp.pdf](http://www.whpa.org/PPE_General_information_Sp.pdf)
- (19) Fernández R, Tran DT, Johnson M, Jones S. Interdisciplinary communication in general medical and surgical wards using two different models of nursing care delivery. *J Nurs Manag*. 2010 Apr;18(3):265-274.
- (20) King B, Gilmore-Bykovskiy AL, Roiland RA, Polnaszek BE, Bowers BJ, Kind AJ. The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jul;61(7):1095-1102.
- (21) Bronsord JL. A descriptive study of communication across the health care continuum. A thesis submitted to the school of graduate studies in partial fulfillment of the requirement for the degree of Master of Science [thesis of master]. New Haven: Southern Connecticut State University; 2002.
- (22) Prieto GI. Comunicación asertiva en enfermería. En: *I seminario taller sobre responsabilidad ético-legal en el cuidado de enfermería* [ponencia en Internet]. Bogotá: Tribunal Departamental Ético de Enfermería; 2009 [acceso: 9 may 2012]. [Aprox. 8 pantallas]. Disponible en: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37)
- (23) Pangrazzi A. El grupo, lugar de crecimiento. Madrid: San Pablo; 2001.
- (24) Hendel T, Fish M, Berger O. Nurse/physician conflict management mode choices: implications for improved collaborative practice. *Nurs Adm Q*. 2007;31(3):244-253.

# Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio

Prevalencia de factores de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio

Prevalence of risk factors in patients with acute myocardial infarction

- 
- Simone Mathioni Mertins<sup>1</sup> • Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>2</sup> •
  - Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli<sup>3</sup> • Marli Maria Loro<sup>4</sup> •
  - Gilmar Poli<sup>5</sup> • Eliane Roseli Winkelmann<sup>6</sup> • Jeferson Minello Pannebecker<sup>7</sup> •
- 

•1• Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Hospital de Caridade de Ijuí (HCI). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: smathioni@hci.org.br

•2• Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Mestre em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•6• Doutora em Cardiologia. Docente do Curso de Fisioterapia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•7• Médico Cardiologista, Hospital de Caridade de Ijuí (HCI). Rio Grande do Sul, Brasil.

---

Recibido: 15/02/2013 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125>

---



## Resumo

**Objetivo:** Identificar a prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul Brasil.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado no período compreendido entre 25 de abril a 25 de junho de 2012 com 48 pacientes. As variáveis de interesse para este estudo foram as condições sociodemográficas, dados antropométricos, hábitos alimentares e fatores de risco cardiovascular.

**Resultados:** A idade média foi de 59,9 ± 11,55 anos, com predominância do sexo masculino (81,3%), de cor branca (83,3%), casados (70,8%), ensino fundamental incompleto (72,9%), aposentados (37,5%), renda menor que três salários mínimos (58,3%) e procedentes da região urbana (72,9%). A prevalência dos fatores de risco se distribuiu da seguinte forma: sedentarismo (91,7%), hipertensão arterial sistêmica (63,8%), estresse (50%), circunferência abdominal alterada (50%), história familiar (43,7%), tabagismo (41,7%), sobrepeso (35,5%), obesidade (33,4%), dislipidemia (23%), diabetes mellitus (20,8%) e consumo de álcool (12,5%).

**Conclusões:** Os dados apresentados mostram a elevada prevalência de fatores de risco em pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio e nos direcionam a entender o papel da educação em saúde como estratégia para reduzir as causas de morbimortalidade, além de propor ações de cuidado e autocuidado e mudanças nos hábitos de vida.

**Descritores:** Fatores de Risco; Infarto do Miocárdio; Educação em Saúde (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de factores de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio, ingresados en una Unidad Coronaria de Cuidados Intensivos de un hospital de la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul/Brasil.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado durante el período comprendido entre el 25 de abril y el 25 de junio de 2012 con 48 pacientes. Las variables de interés para este estudio fueron las condiciones sociodemográficas, datos antropométricos, hábitos dietéticos y factores de riesgo cardiovascular.

**Resultados:** La edad media fue de 59,9 ± 11,55 años, con predominio del sexo masculino (81,3%), color blanco (83,3%), casados (70,8%), enseñanza básica incompleta (72,9%), jubilados (37,5%), con ingresos de menos de tres salarios mínimos (58,3%) y procedentes de la región urbana (72,9%). La prevalencia de los factores de riesgo se distribuyó de la siguiente manera: sedentarismo (91,7%), hipertensión arterial sistémica (63,8%), estrés (50%), circunferencia abdominal modificada (50%), antecedentes familiares (43,7%), tabaquismo (41,7%), sobrepeso (35,5%), obesidad (33,4%), dislipidemia (23%), diabetes mellitus (20,8%) y consumo de alcohol (12,5%).

**Conclusiones:** Los datos presentados muestran la alta prevalencia de factores de riesgo en pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio y nos motivan a entender el rol de la educación en salud como una estrategia para reducir las causas de morbilidad y mortalidad, además de proponer acciones de atención y autoatención, y cambios en los hábitos de vida.

**Descritores:** Factores de Riesgo; Infarto del Miocardio; Educación en Salud (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To identify the prevalence of risk factors in patients with acute myocardial infarction, treated in a Coronary Intensive Care Unit of a hospital in the northwestern region at the state of Rio Grande do Sul/Brazil.

**Methodology:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study, performed in the period from April 25 to June 25, 2012, with 48 patients. The variables of interest for this study were sociodemographic conditions, anthropometric data, dietary habits and cardiovascular risk factors.

**Results:** The mean age was 59,9 ± 11,55 years, with predominance of males (81.3%), white skin (83.3%), married (70.8%), incomplete elementary school (72.9%), retired (37.5%), income less than three minimum wages (58.3%), and from the urban area (72.9%). The prevalence of risk factors was distributed as follows: sedentary lifestyle (91.7%), systemic arterial hypertension (63.8%), stress (50%), change in waist circumference (50%), family background (43.7%), smoking (41.7%), overweight (35.5%), obesity (33.4%), dyslipidemia (23%), diabetes mellitus (20.8%), and alcohol consumption (12.5%).

**Conclusions:** Data shows the high prevalence of risk factors in patients who had acute myocardial infarction and leads us to understand the role of health education as a strategy to reduce the causes of morbidity and mortality, in addition to proposing care and self-care actions along with changes in lifestyle habits.

**Descriptors:** Risk Factors; Myocardial Infarction; Health Education (source: DECS BIREME).

## Introdução

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade nos países industrializados e em desenvolvimento (1). A doença cardíaca isquêmica é a causa mais frequente de morte nos Estados Unidos e Europa Ocidental (2). No Brasil, a sua incidência nos últimos anos diminuiu, mas a mortalidade permanece alta, dados apontam que é responsável por 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos (3).

No Brasil, o custo das doenças cardiovasculares é significativamente impactante no orçamento das agências financiadoras de saúde, com elevado custo devido ao uso de medicações e internações, que exigem usufruir serviços de alta complexidade (4). No ano de 2008, estimou-se um gasto com procedimentos que integram o tratamento padrão do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) de R\$12.873,69 para Intervenção Coronária Percutânea sem utilização de *stent* e com sua utilização o custo se elevou para R\$23.461,87 (5). Ainda em relação aos custos, segundo o Ministério da Saúde, em novembro de 2009, foram registradas 91 970 internações por DCV, totalizando um custo de R\$165.461.644,33 (4).

O IAM é considerado uma Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável (SIMI), sua principal causa é a ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica com a formação de um trombo e ou êmbolo, o que leva à diminuição ou ausência da perfusão ao tecido cardíaco (6). É um desafio dos profissionais de saúde identificar precocemente a placa vulnerável antes das manifestações clínicas, entretanto esta etapa oferece benefícios, no sentido de orientar uma terapia preventiva a um número de pacientes que desenvolvem síndrome coronariana aguda (6).

Certas condições aumentam o risco de ocorrência de doenças cardíacas isquêmicas e estas doenças podem estar atribuídas a Fatores de Risco conhecidos (FR). Os fatores de risco modificáveis sobre os quais o paciente e equipe de saúde podem atuar são a dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, estresse; e os fatores de risco não modificáveis são sexo, idade, raça, história familiar positiva de doença arterial coronariana (7).

O conhecimento e o controle dos fatores de risco para a ocorrência das doenças cardiovasculares são fundamentais para diminuir a sua ocorrência de doença isquêmica. As equipes de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) precisam estar atentas aos fatores de risco que os usuários apresentam, bem como mapear aqueles com maior risco e vulnerabilidade, com vistas a considerar os benefícios da proximidade, vínculo, das habilidades da comunicação e relacionamento afetivo entre profissionais de saúde e pacientes e/ou familiares (8).

Portanto, o conhecimento e o controle dos fatores de risco são fundamentais para diminuir a ocorrência das doenças cardiovasculares. A partir desse contexto, este estudo tem como questão norteadora: *Qual é a prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana?* Portanto, a pesquisa visa identificar a prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTIC) de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Foram incluídos no estudo os pacientes com diagnóstico médico confirmado em prontuário de infarto agudo do miocárdio, quadro clínico estável, orientação auto e alopsíquica que permitisse responder ao instrumento, de ambos os sexos, idade igual ou superior a 20 anos, pois o estudo centrou-se com a população adulta e idosa.

O IAM foi confirmado, em todos os casos, pela detecção da elevação ou queda dos marcadores de necrose miocárdica (troponina e/ou CKMB), assim como avaliação clínica (anamnese/exame físico), alterações de eletrocardiograma de repouso sugestivas de isquemia aguda. De acordo com o eletrocardiograma de repouso, o IAM foi classificado em Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) (6). Foi considerada idade igual ou superior a 20 anos de idade.



A coleta de dados foi delimitada por conveniência consecutiva, no período compreendido entre 25 de abril a 25 de junho de 2012. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (9) adaptado para melhor enquadrar os objetivos da referida pesquisa. O instrumento foi aplicado pela enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva a pacientes à beira do leito, após as 48 horas do diagnóstico, ou àqueles pacientes com alta prescrita da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Também foi realizada consulta aos prontuários para informações complementares e realizada pela pesquisadora a aferição da circunferência da cintura abdominal (CA) e com relação ao peso e altura foram utilizados os dados autorreferidos.

As variáveis de interesse para este estudo foram as condições sociodemográficas, dados antropométricos, hábitos alimentares e fatores de risco cardiovascular. A seguir está explicitada a forma de obtenção dos resultados para cada item:

*Dados sociodemográficos:* sexo, idade, cor, escolaridade, ocupação, procedência e renda. *Dados antropométricos:* para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), o mesmo foi obtido dividindo-se o peso (kg) pelo quadrado da altura (m) (10). Para a medida da circunferência abdominal (CA) foi solicitado para a pessoa ficar de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas.

A roupa foi afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida. A medida não foi feita sobre a roupa ou cinto. O avaliador realizou uma marcação pequena com caneta no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), visualizado na frente da pessoa, do lado direito ou esquerdo. Após assegurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre a marcação realizada, verificou-se que a fita estivesse no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deveria ficar larga, nem apertada. Após, pediu à pessoa que inspirasse e, em seguida, que expirasse totalmente. Realizou a leitura imediata antes que a pessoa inspirasse novamente e anotou o resultado (10). Utilizou-se fita métrica de 1,50 m, flexível, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm.

Os hábitos alimentares foram avaliados conforme relato dos pacientes de acordo com o consumo diário, mais de três vezes por semana, menos de três vezes por semana, raramente ou se não consome. Os alimentos que integraram a lista foram os energéticos, aqueles que fornecem energia ao corpo para os processos metabólicos e atividades físicas, e os construtores que são responsáveis pela construção ou formação do corpo (11). Dentre os alimentos construtores, estão: ovo (com e sem gema), leite (integral, semi-desnatado, desnatado), queijo (amarelo, branco), manteiga, margarina, maionese, nata, requeijão e patê, carne bovina (gorda, magra), carne suína, carne de aves (com pele, sem pele), frituras, doces e refrigerantes, hábito de tomar café. Também foi questionada a gordura utilizada no preparo de suas refeições (vegetal, animal e vegetal associado ao animal).

### **Fatores de risco:**

a) A hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e o diabetes mellitus (DM) foram os fatores de risco questionados na entrevista e confirmados em prontuário.

b) Sobrepeso/obesidade: foram avaliados através do IMC e circunferência abdominal. Para um IMC maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup> e menor que 30 kg/m<sup>2</sup>, foi considerado sobrepeso maior e igual a 30 kg/m<sup>2</sup> obesidade (12). O ponto de corte para a cintura abdominal foi maior e igual a 80 cm para mulheres e maior e igual a 94 cm para homens e foi classificada conforme World Health Organization (13).

c) Ingesta alcoólica: foi considerado fator de risco a ingestão de álcool  $\geq$  três vezes/semana. Neste trabalho não foi levado em consideração o tipo e quantidade da bebida alcoólica consumida (9).

d) Sedentarismo: foi considerado sedentário aquele que não realizava atividade física no mínimo trinta minutos, três vezes na semana (9).

e) Tabagismo: foram considerados tabagistas aqueles que consomem, regularmente, no mínimo, um cigarro por dia, pelo menos durante um ano, e que haviam fumado no ano anterior à inclusão no estudo; ex-tabagistas aqueles

que não fumaram no ano anterior à pesquisa, mas que o haviam feito entre um e os 10 anos anteriores; e não fumantes aqueles que nunca haviam fumado ou haviam feito há dez anos (9).

f) História familiar: considerada história familiar positiva para doença arterial coronariana quando o paciente referir ter um familiar direto (pais ou irmãos) que apresentaram cardiopatia isquêmica (9).

g) Estresse: presença de algum evento estressor ocorrido na semana anterior à internação, nos últimos seis meses, e se considera ou não sua vida estressante (9).

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 18.0, Chicago, IL, EUA). As variáveis qualitativas são apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as quantitativas por média e desvio padrão (média  $\pm$  DP).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí) com o parecer consubstanciado n° 15354/2012 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, estando de acordo com as diretrizes da Resolução n. 466/2012 (14).

## Resultados

Participaram do estudo 48 pacientes com idade média de 59,9 $\pm$ 11,55 anos, sendo que a idade variou de 38 a 85 anos. Em relação às características sociodemográficas, prevaleceu 81,3% do sexo masculino, dos quais a maioria (41,7%) ocupava a faixa etária de 50 a 60 anos, 83,3% de cor branca, 70,8%, eram casados, 72,9%, de escolaridade ensino fundamental incompleto, 37,5% eram aposentados e 58,3% com renda menor que três salários mínimos (ver Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio. Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Características	n	%
<b>Sexo</b> (Masculino/Feminino)	39/9	81,2/18,8
<b>Idade</b> (anos)		
Menor de 50	6	12,5
50  — 60	20	41,7
60  — 70	13	27,1
70  — 80	3	6,3
80 anos ou mais	6	12,5
<b>Cor</b>		
Branca	40	83,3
Parda	7	14,6
Negra	1	2,1
<b>Estado Civil</b>		
Casado/União	34	70,8
Solteiro	6	12,5
Viúvo	5	10,4
Divorciado	3	6,3
<b>Escolaridade</b>		
Não letrado	3	6,3
Ensino Fundamental incompleto	35	72,9
Ensino Fundamental completo	4	8,3
Ensino Médio incompleto	1	2,1
Ensino Médio completo	2	4,2
Ensino Superior completo	3	6,3
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	18	37,5
Funcionário/autônomo de empresas privadas	16	33,3
Agricultor	9	18,8
Funcionário público	2	4,2
Outros	3	6,2
<b>Renda*</b>		
Menos de 3 salários mínimos	28	58,3
3 e 6 salários mínimos	16	33,3
6 e 10 salários mínimos	3	6,3
Não sabe referir	1	2,1

\*Salário Mínimo em reais no período da coleta no Brasil = R\$ 624,05.

**Fuente:** Dados da pesquisa.

O tipo de alteração eletrocardiográfica mais incidente nos pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana foi o infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento (70%), seguido sem supradesnívelamento (22,9%), sendo que em 6,25% não foi determinado devido à ausência de dados nos prontuários.

O fator de risco mais prevalente neste estudo foi o sedentarismo (91,7%), número expressivo de sujeitos que não realizam nenhuma atividade física regular. Em ordem decrescente de incidência, os demais fatores de riscos, como a hipertensão

arterial sistêmica, estresse, circunferência abdominal alterada, tabagismo, sobrepeso e obesidade, estiveram presentes em 63,8%, 50%, 50%, 41,7%, 35,5%, 33,4%, respectivamente. A média do índice de massa corporal foi de 28,09 ± 5,67, sendo o limite inferior (Li) 18,1 e limite superior (Ls) de 47,7.

A ingestão de bebida alcoólica teve menor incidência (12,5%). Em relação ao histórico familiar, 43,7% referiram ter um familiar direto (pais/irmãos) com infarto agudo do miocárdio e 27,1% referiram história de acidente vascular encefálico, conforme pode ser observado na Tabela 2.

**Tabela 2.** Prevalência de fatores de risco para Infarto Agudo do Miocárdio e prevalência segundo o sexo. Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Fatores de risco	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica*	23 (48,9)	7 (14,9)	30 (63,8)
Diabetes Mellitus	6 (12,5)	4 (8,3)	10 (20,8)
Dislipidemias	8 (16,7)	3 (6,3)	11 (23,0)
Ingesta de álcool	6 (12,5)	0 (0,0)	6 (12,5)
<b>Tabagismo</b>			
Fumante ativo	15 (31,3)	5 (10,4)	20 (41,7)
Ex-fumante	6 (12,5)	—	—
Não fumante	18 (37,5)	4 (8,3)	—
<b>Índice de Massa Corporal</b>			
Peso normal	11 (22,9)	4 (8,3)	15 (31,2)
Sobrepeso	15 (31,3)	2 (4,2)	17 (35,5)
Obeso	13 (27,1)	3 (6,3)	16 (33,4)
<b>Circunferência abdominal</b>			
Alterada	18 (37,5)	6 (12,5)	24 (50,0)
Normal	21 (43,8)	3 (6,3)	24 (50,1)
<b>Sedentarismo</b>	36 (75,0)	8 (16,7)	44 (91,7)
<b>Estresse</b>	18 (37,5)	6 (12,5)	24 (50,0)
<b>Histórico familiar de Infarto Agudo do Miocárdio</b>	16 (33,3)	5 (10,4)	21 (43,7)

Legenda: \*1 não respondeu.

Fuente: Dados da pesquisa.

Quanto aos hábitos alimentares, os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre o consumo semanal de alimentos. Os alimentos avaliados pertencem ao grupo dos construtores e energéticos. Não foram questionados sobre o consumo de alimentos reguladores, como frutas e verduras. Ao analisar o consumo de alimentos construtores, o que mais se destaca nesta pesquisa é a o consumo diário de carne vermelha (56,3%) e leite integral (41,7%). Quanto ao consumo de alimentos fritos, 37,5% dos entrevistados referiram fazer consumo na semana. O consumo de doces e refrigerantes com uma frequência maior ou igual a três vezes na semana e diariamente foi apontado por 10,4% e 20,8%, respectivamente. Na análise do consumo de alimentos energéticos, as fontes de gordura mais utilizadas foram o óleo vegetal (56,3%) e o consumo diário de outras fontes, margarina (29,2 %) e nata (12,5%) também foram expressivas, conforme Tabela 3.

**Tabela 3.** Hábitos alimentares dos pacientes de uma UTI Coronariana que apresentam diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio. Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Alimentos abaixo fazem parte da sua alimentação	Diariamente n (%)	Mais de 3x por semana n (%)	Menos de 3x por semana n (%)	Raramente n (%)	Não consome n (%)
<b>Ovo</b>					
Com gema	4 (8,3)	1 (2,1)	12 (25,0)	20 (41,7)	11 (22,9)
Sem gema	—	—	—	1 (2,1)	47 (97,9)
<b>Leite</b>					
Integral	20 (41,7)	3 (6,3)	3 (6,3)	5 (10,4)	17 (35,4)
Semidesnatado	1 (2,1)	1 (2,1)	1 (2,1)	—	45 (93,8)
Desnatado	4 (8,3)	—	—	—	44 (91,7)
<b>Queijo</b>					
Queijo amarelo	9 (18,8)	2 (4,2)	5 (10,4)	9 (18,8)	23 (47,9)
Queijo branco	3 (6,3)	2 (4,2)	1 (2,1)	3 (6,3)	39 (81,3)
<b>Manteiga</b>	1 (2,1)	—	1 (2,1)	4 (8,3)	42 (87,5)
<b>Margarina</b>	14 (29,2)	2 (4,2)	—	6 (12,5)	22 (45,8)
<b>Maionese</b>	3 (6,3)	3 (6,3)	5 (10,4)	19 (39,6)	18 (37,5)
<b>Nata</b>	6 (12,5)	2 (4,2)	—	—	40 (83,3)
<b>Requeijão e Patê</b>	1 (2,1)	—	—	—	47 (97,9)
<b>Carne Bovina</b>					
Gorda	15 (31,3)	2 (4,2)	5 (10,4)	2 (4,2)	24 (50,0)
Magra	12 (25,0)	8 (16,7)	8 (16,7)	3 (6,3)	17 (35,4)

<b>Carne Suína</b>	2 (4,2)	1 (2,1)	13 (27,1)	24 (50,0)	8 (16,7)
<b>Carne Aves</b>					
Com pele	3 (6,3)	7 (14,6)	15 (31,3)	1 (2,1)	22 (45,8)
Sem pele	4 (8,3)	6 (12,5)	9 (18,8)	2 (4,2)	27 (56,3)
<b>Frituras</b>	3 (6,3)	5 (10,4)	10 (20,8)	29 (60,4)	1 (2,1)
<b>Doces e refrigerantes</b>	10 (20,8)	5 (10,4)	9 (18,8)	24 (50,0)	—
<b>Hábito de tomar café</b>	14 (29,2)	—	2 (4,2)	—	32 (66,7)
<b>Gordura utilizada no preparo de suas refeições</b>	<b>Vegetal</b>	<b>Animal</b>		<b>Vegetal e Animal</b>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	
	27 (56,3)	15 (31,1)		6 (12,5)	

Legenda: \*6 não responderam; \*\*1 não respondeu.

**Fuente:** Dados da pesquisa.

## Discussão

Na população estudada prevaleceram indivíduos do sexo masculino com idade média de sessenta anos, baixa escolaridade e renda, casados, cor branca, aposentados e residentes em área urbana. Estes dados se assemelham a um estudo realizado em Porto Alegre, no ano de 2008, com pacientes que apresentaram síndrome coronariana aguda (15).

A menor incidência de eventos cardiovasculares em mulheres pode estar associada à função protetora do estradiol, mas, no entanto, a diminuição abrupta dos níveis estrogênicos no período pós-menopausa está associada com um risco cardiovascular aumentado (16).

A maioria dos pesquisados apresenta baixa escolaridade e renda, são casados, de cor branca e aposentados. Baixas condições socioeconômicas podem estar associadas a risco aumentado de doença cardiovascular. Uma revisão de estudos aponta que hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hábito de fumar, dislipidemia, obesidade, alcoolismo e estresse psicossocial são mais frequentes em indivíduos de menor nível socioeconômico e, dentre os marcadores de nível socioeconômico, a escolaridade é a que melhor se correlaciona com a frequência e a intensidade dos fatores de risco cardiovascular (17).

Outro estudo realizado para avaliar as crenças e comportamentos sobre causas e medidas de controle da doença arterial coronária mostrou que os participantes da pesquisa viviam em

condições de desigualdade social evidenciada pela baixa escolaridade e renda familiar e inatividade profissional em razão de aposentadoria ou desemprego (18). Este estudo confirma que essas características são potencializadoras do risco de doença cardiovascular. O que significa que possuir uma renda e escolaridade maior pode ser considerado um fator de proteção.

Com relação à procedência dos sujeitos, a maioria reside em região urbana, dado que pode ser explicado pelo processo de urbanização na população brasileira, um impacto importante na incidência das doenças cardiovasculares (3). Os pacientes do estudo, em sua maioria, apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio com alteração eletrocardiográfica indicando um supradesnívelamento (70%). Este dado diferiu do estudo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia em Minas Gerais/Brasil em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, em que a alteração sem supra desnívelamento foi mais prevalente (19).

Quanto aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, observou-se que os de maior prevalência foram o sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, estresse e circunferência abdominal aumentada. Secundários a estes, mas não menos expressivos, estão a história familiar, tabagismo, sobrepeso e obesidade. Com menor incidência, o diabetes mellitus, a dislipidemia e a ingestão de álcool. No estudo de Lemos *et al.* (15), o sedentarismo também ocorreu pela maioria dos participantes (86,8%) e, em seguida, a hipertensão arterial sistêmica (75,7%). O estudo de Coelho e Resende (19) refere-se à alta prevalência do estresse psicossocial na população estudada —38,5% no sexo feminino e 68,8% no sexo masculino—. Os autores pontuam a necessidade de controle e ações preventivas de saúde, bem como a utilização de recursos terapêuticos disponíveis.

Na população em estudo, a média do índice de massa corporal ( $28,09 \pm 5,67$ ) e o elevado percentual da circunferência abdominal (50%) são significativos e condizem com a presença de sobrepeso (35,5%) e obesidade (33,4%). Estudo avaliou parâmetros clínicos e antropométricos em 100 indivíduos com doença arterial coronariana, atendidos em um ambulatório de cardiologia preventiva em um hospital público, em Salvador/Bahia/Brasil, e observou-se que todas as mulheres e 82% dos homens tinham circunferência abdominal aumentada, 36% apresentavam sobrepeso e 28% obesidade (18).

A história familiar positiva de parentes de primeiro grau esteve presente em 43,7% dos sujeitos. No estudo de Gama *et al.* (18), esteve presente em 64% dos familiares de primeiro grau e mais presente no sexo masculino. Um estudo (20) realizado com estudantes de enfermagem verificou que os mesmos possuíam possíveis fatores associados a doenças cardiovasculares, sendo que a maioria já tinha um histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (72,6%) e diabetes mellitus (57,1%), além de possuir hipertensão arterial (14,3%) e circunferência abdominal aumentada (36,9%). Outro fator de risco investigado foi a dislipidemia e esta foi observada em 23% dos pesquisados. Este dado foi inferior à pesquisa de Gama *et al.* (18), uma vez que a alteração do colesterol foi informada por 83% dos participantes.

A prevalência de diabetes mellitus (20,8%) foi menor que a encontrada em outros estudos (15, 18, 19). A ingestão de álcool foi o fator de risco com menor prevalência nesta pesquisa, sendo que apenas seis (12,5%) fazem o consumo mais de três vezes/semana, frequência considerada por Lemos *et al.* (15) como risco. Em relação à alimentação, observou-se o consumo expressivo de alimentos construtores, entre eles o leite (41,7%) e a carne vermelha (56,3%) com frequência diária. Estes alimentos, entre outros de seu grupo, devem ter seu consumo diminuído para evitar o aumento dos níveis séricos de colesterol (15). O consumo de óleo vegetal foi consumido por 56,3% dos pacientes.

Estes dados são importantes para o conhecimento dos hábitos alimentares dos sujeitos em estudo que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio e a partir disto os profissionais terem embasamento teórico epidemiológico para propor medidas educativas e mudanças nos hábitos de vida da população a fim de prevenir a doença cardiovascular. É fundamental aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, em especial o gestor, saber o que a população entende que seja um fator de risco para sua saúde com o objetivo de planejar e desenvolver ações educativas. Observa-se a partir deste estudo que são necessárias ações de educação em saúde pelas equipes de saúde a fim de que a população tenha autonomia de escolha e responsabilidade para o cuidado de sua saúde.

As limitações do estudo referem-se à possibilidade de vies de informação devido ao fato de as respostas serem autorrelatadas. Neste sentido, os pacientes podem referir comportamentos saudáveis, mesmo quando não os adotam. Outro fator limitante do estudo foi que a coleta de dados foi delimitada por

conveniência consecutiva, em um período curto de dois meses, o que pode não refletir toda a realidade da ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio do hospital na região em que o estudo foi realizado. Outros tipos de erros podem estar relacionados à realização dos testes e medidas, porém visando reduzir a possibilidade de erro na coleta dos dados, foi realizado treinamento dos avaliadores.

## Conclusões

Este estudo mostra a elevada prevalência de fatores de risco em pacientes que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. A prevalência dos fatores de risco se distribuiu em forma decrescente da seguinte forma: sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, estresse, circunferência abdominal alterada, história familiar, tabagismo, sobrepeso, obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus e etilismo.

Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde tenham o conhecimento dos fatores de risco, tracem o perfil destes sujeitos e saibam os indicadores epidemiológicos da população que prestam atendimento. Isto é necessário para planejar ações de educação em saúde propondo ações de cuidado, autocuidado, mudanças e ou reeducação nos hábitos de vida para a redução do desenvolvimento da doença arterial coronariana. A proposição de estratégias deve contemplar a realidade local, sendo fundamental a equipe de saúde criar um vínculo para que haja a extensão do cuidado. A gestão em saúde deve dar apoio e viabilidade e trabalhar em consonância com os profissionais, levando em consideração as necessidades locais aliadas às estaduais e federais. Todas estas medidas são necessárias para redução da incidência desta doença.

## Referências

- (1) Marcadenti A, Oliveira VG, Bertoni VM, Wittke E, Dourado LP, Souza RB *et al.* Resistência à insulina e indicadores antropométricos em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Rev Bras Cardiol.* 2013;26(4):259-266.
- (2) Cunningham S, Bene SD, Vaughan AF. Tratamento da doença cardíaca. Em: Woods SL, Froelicher ES, Motzer SU. *Enfermagem em cardiologia.* 4ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

- (3) Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(2):755-761.
- (4) Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D *et al.* Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1 Supl. 1):1-33.
- (5) Marques R, Mendes A, Leite MG, Barbosa EC. Custos da cadeia de procedimentos no tratamento do infarto agudo do miocárdio em hospitais brasileiros de excelência e especializados. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(1):104-111.
- (6) Souza CF, Alves CM, Carvalho AC, Bonfim AV, Silva EO, Junior EC *et al.* Estudo iWONDER (*imaging whole vessel coronary tree with intravascular ultrasound and iMap® in patients with acute myocardial infarction*): racional e desenho do estudo. *Rev Bras Cardiol Invasiva* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2016 fev 06]; 20(2):199-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-83972012000200015>
- (7) Martins LN, Souza LS, Silva CF, Machado RS, Silva CE, Vilagra MM, Carvalho CV *et al.* Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(5):299-307.
- (8) Kolankiewicz AC, Loro MM, Magnago TS, Rosanelli CL, Domenico EB. Demandas de cuidado de pacientes oncológicos: proposta de intervenção pela convergência e prática educativa. *Rev Enferm UFPE Online.* 2015;9(12):1370-1375.
- (9) Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana Aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):129-135.
- (10) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- (11) Sass A, Marcon SS. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2016 fev 11];65(6):955-961. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600011>
- (12) World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry.* Geneva: World Health Organization (WHO); 1995.
- (13) World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity.* Geneva: World Health Organization (WHO); 2000.
- (14) República Federativa do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
- (15) Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana Aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):129-135.
- (16) Pappa T, Alevizaki M. Endogenous sex steroids and cardio-and cerebro-vascular disease in the postmenopausal period. *Eur J Endocrinol.* 2012;167(2):145-156.
- (17) Martin RS, Godoy I, Franco RJ, Martin LC, Martins AS. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. *JBM.* 2014;102(2):34-37.
- (18) Gama GG, Mussi FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):624-631.
- (19) Coelho LM, Resende ES. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. *Rev Méd Minas Gerais.* 2010;20(3):323-328.
- (20) Santos JS, Patrício AC, Alves KL, Albuquerque KF, Pereira IL, Félix IV. Avaliação para riscos cardiovasculares em estudantes de enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2015;19(4):842-847.

# Síndrome de *burnout* en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile

A Síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem em dois hospitais no sul do Chile

Burnout syndrome in nursing staff of two hospitals in southern Chile

---

• Fredy Seguel Palma<sup>1</sup> • Sandra Valenzuela Suazo<sup>2</sup> •

---

•1• Doctor en Enfermería. Docente, Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. E-mail: fredyseguel@uach.cl

•2• Doctora en Enfermería. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

---

Recibido: 16/01/2014 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41599>

---



## Resumen

**Objetivo:** Describir el Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de dos hospitales de alta complejidad del sur de Chile, tomando en cuenta gran parte de servicios que lo componen.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se aplicó la escala *Maslach Burnout Inventory General Survey* más preguntas sociodemográficas a una muestra estratificada aleatoria proporcional por servicio, estamento y hospital de 336 funcionarios: enfermeras (101 personas) y técnicos/auxiliares paramédicos (235 personas), que cumplieron con los criterios de inclusión. Se desarrolló en dos hospitales de alta complejidad del sur de Chile. El análisis de los resultados se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0. La investigación se sometió a la aprobación del comité de ética de los servicios de salud y el consentimiento libre e informado de cada participante.

**Resultados:** La muestra presentó clasificación baja y media en las sub-escalas *Desgaste emocional* y *Cinismo*, y clasificación alta en la sub-escala *Eficacia profesional*. Destacaron con puntajes promedios más altos los servicios de Medicina Adulto, Diálisis, Pensionado y Esterilización.

**Conclusión:** Es necesario evaluar continuamente la presencia de este síndrome, no sólo en los servicios críticos, sino también en todos aquellos que presentan problemas organizacionales o conflictos laborales.

**Descriptores:** Agotamiento Profesional; Personal de Enfermería; Hospitales; Chile (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Descrever a Síndrome de *burnout* em enfermeiros de dois hospitais de alta complexidade no sul do Chile, levando em consideração grande parte dos serviços que o compõem.

**Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e comparativo. A escala de *Maslach Burnout Inventory Survey* foi aplicada além de questões sociodemográficas a uma amostra aleatória estratificada proporcional de cada serviço, estabelecimento e hospital. 336 funcionários foram aplicados: enfermeiros (101 pessoas) e técnicos/auxiliares e paramédicos (235 pessoas), que reuniram os requisitos para a inclusão. Desenvolveu-se em dois hospitais de alta complexidade do sul do Chile. A análise dos resultados foi realizada usando o pacote estatístico SPSS 15.0. Submeteu-se à aprovação do Comitê de Ética dos Serviços de Saúde e o consentimento livre e esclarecido de cada participante.

**Resultados:** A amostra apresentou uma classificação baixa e média nas subescalas *Desgaste emocional* e *Cinismo*, e uma alta classificação na subescala *Eficácia profissional*. Destacaram-se com pontuações médias mais elevadas os serviços de Medicina Adulto, Diálise, Aposentado e Esterilização.

**Conclusão:** É necessário avaliar continuamente a presença desta síndrome não somente nos serviços críticos, mas em todos aqueles com problemas organizacionais ou conflitos laborais.

**Descritores:** Esgotamento Profissional; Recursos Humanos de Enfermagem; Hospitais; Chile (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To describe Burnout syndrome among nurses in two high complex care hospitals in southern Chile, considering the majority of services.

**Methodology:** Descriptive, cross-sectional, and comparative study. Maslach Burnout Inventory General Survey scale and socio-demographic questions were applied to a random proportional sample, stratified by service, profession and hospital, composed of 336 officers: nurses (101 people) and technicians/assistants paramedics (235 people), which met the inclusion requirements. The study was conducted in two high complex care hospitals in southern Chile. The analysis of the results was conducted in SPSS 15.0. The study was approved by the Ethics Committee of Health Services; each participant freely signed an informed consent.

**Results:** The sample had low and moderate scores in the *Emotional exhaustion* and *Cynicism* subscales, and high scores in the *Professional efficacy* subscale. Adult Medicine, Dialysis, Pensioner and Sterilization had the highest mean scores.

**Conclusion:** It is necessary to assess continuously the presence of Burnout not only in critical services, but also in all those with organizational problems or labor conflicts.

**Descriptors:** Burnout, Professional; Nursing Staff; Hospitals; Chile (source: DECS BIREME).



## Introducción

El Síndrome de *burnout* nació como concepto en Estados Unidos a mediados de la década del 70 con el objetivo de explicar el deterioro de las prestaciones de cuidado en las empresas de servicio donde los trabajadores estaban en contacto directo con los usuarios (1-3). Fue acuñado por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger, quien observó cambios propios y de otros profesionales, como disminución del idealismo y de la simpatía hacia los pacientes (4, 5).

Sin embargo, el desarrollo más importante en torno al concepto, y desde el cual se han derivado otras investigaciones, es la acepción elaborada por Maslach y Jackson (6, 7). Las características principales del Síndrome de *burnout* son: bajo nivel de realización personal; tendencia a evaluarse negativamente afectando la realización en el trabajo; altos niveles de agotamiento emocional; los trabajadores expresan que ya no pueden dar más de sí por el esfuerzo emocional que implica enfrentarse a las demás personas; y despersonalización, es decir: desarrollo de comportamientos que no corresponden a cómo era la persona (cinismo), debido a una coraza emocional (8-10). Estos síntomas se expresan paulatinamente, siendo su aparición insidiosa, proceso cíclico que puede mostrarse en varias ocasiones a lo largo de un periodo de tiempo.

De esta manera, el individuo exhibirá los tres componentes durante su vida laboral en reiterados momentos, ya sea en el mismo trabajo o en otro. Los síntomas específicos de acuerdo al grado de desarrollo del síndrome se clasifican en leves: quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana; moderados: cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo; graves: enlentecimiento, automedicación, ausentismo, aversión y abuso de drogas lícitas e ilícitas; y, extremos: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios (3).

La causalidad del síndrome se desarrolla bajo multiplicidad de factores, dentro de los cuales se mencionan: estrés, aburrimiento, desarrollo de la carrera profesional deficiente, condiciones económicas precarias, sobrecarga de trabajo, falta de

motivación, orientación profesional precaria y aislamiento (11, 12). Otros factores son: características personales y psicopatologías como la depresión, la ansiedad, el locus de control, la conducta tipo A —extremadamente competitiva, impacientes, hipere exigentes y perfeccionistas—, personas con mayor empatía con el sufrimiento y compromiso emocional (13).

El personal de enfermería también está en riesgo de desarrollar el síndrome (1, 14), ya que se encuentra en constante presión de trabajo, sobre todo en los servicios críticos, enfrentado dolor, sufrimiento, desesperanza, muerte, desconsuelo, impotencia y angustia, pues su relación con el paciente y la familia es estrecha. Sumado a ello, el trabajo en turnos rotativos y la falta de trabajadores que puedan abarcar a cabalidad los requerimientos de la población y de las instituciones empleadoras hace que doble su jornada de trabajo (15-18).

En los hospitales de alto nivel, en general, los servicios donde se ha estudiado el síndrome son los que presentan mayor complejidad en cuanto a tecnología y características de los pacientes (19). Por tanto, se han encontrado casos diagnosticados en el personal de enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) Adulto, UTI Neonatal, Centro Obstétrico, Oncología y Emergencia (20).

Es así que este estudio pretende describir el Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de dos hospitales de alta complejidad del sur de Chile, tomando en cuenta gran parte de los servicios que lo componen.

## Metodología

Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se aplicó la escala *Maslach Burnout Inventory General Survey* de 16 ítems más preguntas sociodemográficas a una muestra estratificada aleatoria proporcional por servicio, estamento y hospital de 336 funcionarios: enfermeras (101 personas) y técnicos/auxiliares paramédicos (235 personas) de una población de 1 836 funcionarios de enfermería. Se cumplieron los requisitos de inclusión: dos años o más de experiencia de trabajo en la institución, trabajar 44 horas a la semana por contrato, contrato a plazo fijo o indefinido. Este estudio se desarrolló en dos hospitales de alta complejidad con similares características de dos ciudades del sur de Chile, Valdivia y Concepción. El análisis de los resultados se realizó mediante el paquete

estadístico SPSS 15.0. Los resultados se expresan a través de tablas y gráficos de distribución de frecuencias y medidas de tendencia central. En las comparaciones se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para establecer si las diferencias resultaban significativas.

El estudio se sometió a la aprobación del Comité de Ética de los Servicios de Salud de Valdivia y Concepción, junto con la autorización de los diferentes directivos y el consentimiento libre e informado de cada participante.

## Resultados

El personal de enfermería en ambos centros hospitalarios se caracterizó por pertenecer en su mayoría al estamento técnicos/auxiliares paramédicos, ser del sexo femenino, con edad promedio menor ( $u = 11280$ ;  $p = 0,007$ ), en el Hospital de Concepción ( $x = 38,94$ ;  $DS = 10,84$ ), en comparación con el Hospital Base Valdivia ( $x = 42,25$   $DS = 11,33$ ). Ambos establecimientos presentaron promedios de índice de masa corporal (IMC) situados en sobrepeso, donde la clasificación predominante fue sobrepeso y obesidad con mayor porcentaje para el Hospital de Valdivia ( $p = 0,044$ ). La gran mayoría tenía pareja, ya fuera con o sin convivencia. Derivado de ello, más de un 60% refirió compartir las labores del hogar de forma igualitaria con su pareja.

Gran parte de la muestra pertenece a una familia nuclear, monoparental o biparental, señalando que suelen recibir alguna ayuda para realizar las labores del hogar. En relación con el Hospital de Concepción, en el Hospital de Valdivia una mayor cantidad de personas ( $x^2 = 8,17$ ;  $p = 0,004$ ) tienen hijos, cuyo promedio fue de 2 hijos ( $DS = 1$ ), mínimo 1 hijo y máximo 5 hijos por familia. El promedio de edad de éstos fue de 14 años ( $DS = 10,25$ ) para la muestra del Hospital de Concepción y de 15,76 años ( $DS = 9,69$ ) para la muestra del Hospital de Valdivia.

Un alto porcentaje de encuestados no presentó patologías crónicas, mientras que los restantes significaron un porcentaje mayor al 40% en ambos establecimientos. Las patologías predominantes fueron: hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y otra patología. En relación con esto, más del 40% consumió medicamentos ( $x = 2$ ;  $DS = 1$  aproximado), con un máximo de 5 medicamentos diferentes para el personal de enfermería que laboraba en el Hospital de Valdivia y 7 para el de Concepción.

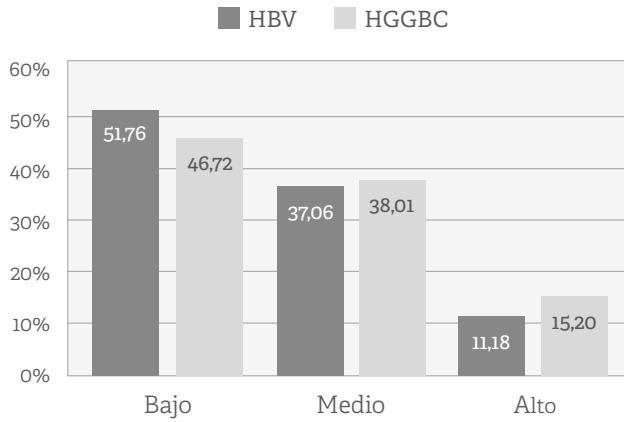
Mayor porcentaje ( $x^2 = 7,59$ ;  $p = 0,023$ ) de personas en el Hospital de Valdivia consumía cigarrillos en relación con el de Concepción, ocasional o habitualmente, con un promedio de 5 cigarrillos diarios y un máximo que supera los 15 cigarrillos diarios. La mayoría de los participantes del estudio consumía alcohol, habitual u ocasionalmente, con porcentajes de riesgo de presentar problemas derivados de ello de 10,2% en Concepción y 2,6% en Valdivia.

Casi todos realizaban turnos rotativos que implicaran trabajo nocturno, cuyo turno predominante fue el cuarto —día de 08:00 a 20:00 h; noche de 20:00 a 08:00 h y dos días libres—, con mayor porcentaje en el Hospital de Concepción. El tiempo de recreación y descanso en un día laboral bordeó 1 hora y 3 horas correspondientemente en ambos establecimientos y el tiempo de recreación/descanso en un día no laboral se situó alrededor de las 6 h.

Los trabajadores en los dos centros dormían en promedio 6 h aproximadamente en un día laboral y en un día no laboral, entre 8 y 9 h, siendo este último dato mayor en porcentaje para el Hospital de Concepción ( $u = 10768$ ;  $p = 0,049$ ). Los trabajadores afirmaron que laboraban mayor cantidad de horas reales promedio en el Hospital de Valdivia ( $u = 7449$ ;  $p = 0,002$ ) en relación con el Hospital de Concepción. Por otro lado, más del 80% de la muestra expresó que las horas extras trabajadas eran remuneradas, con mayor porcentaje ( $x^2 = 7,704$   $p = 0,006$ ) en el Hospital de Valdivia y alrededor del 51% indicó que las horas extras eran voluntarias, con mayor porcentaje ( $x^2 = 11,72$   $p = 0,003$ ) en este mismo establecimiento. Menos del 20% en ambos centros realizaron otro trabajo remunerado con un promedio de 12 h y menos de un 10% estudiaba fuera del horario de trabajo. Varios trabajadores afirmaron que las condiciones de trabajo eran de *regulares a buenas* y que el trabajo era de *exigente a muy exigente*.

En la subescala *Desgaste emocional*, el promedio de puntuación fue de 10,97 puntos ( $DS = 7,42$ ), con un mínimo de 0 y un máximo de 28 para el Hospital de Concepción y un promedio de 10,25 puntos ( $DS = 6,49$ ) para el Hospital de Valdivia, con un máximo de 30 y un mínimo de 0. La clasificación concentró a gran parte de la muestra hospitalaria en *bajo y medio burnout* (ver Figura 1).

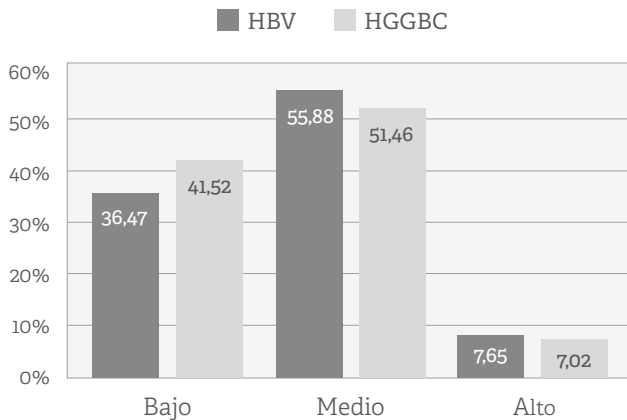
**Figura 1.** Distribución muestral según establecimiento y subescala *Desgaste emocional*



**Fuente:** Datos de la investigación.

En la subescala *Cinismo*, el promedio de puntuación fue de 13,17 (DS = 5,98) para el Hospital de Concepción y de 13,15 (DS = 5,98) para el de Valdivia, con un mínimo de 0 y un máximo de 34 en ambos establecimientos. En este caso, el mayor porcentaje de la muestra se concentró en *bajo* y *medio* en los dos centros hospitalarios (ver Figura 2).

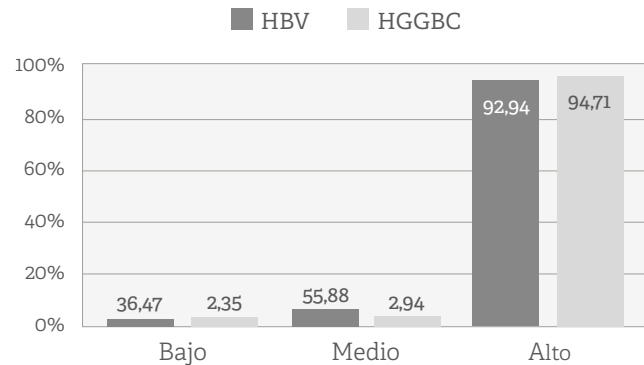
**Figura 2.** Distribución muestral según establecimiento y subescala *Cinismo*



**Fuente:** Datos de la investigación.

Finalmente, en la subescala *Eficacia profesional*, el promedio de puntuación fue de 26,29 puntos (DS = 4,78), con un mínimo de 0 y un máximo de 30 para el Hospital de Concepción y de 25,85 en promedio (DS = 4,90), con un mínimo de 2 y un máximo de 30 para el Hospital de Valdivia. El mayor porcentaje de la población se concentró en clasificación alta (ver Figura 3).

**Figura 3.** Distribución muestral según establecimiento y subescala *Eficacia profesional*



**Fuente:** Datos de la investigación.

En relación con el servicio, aquellos que presentaron mayor puntaje promedio en la subescala *Desgaste emocional* fueron los servicios de Medicina Pediátrica y Medicina Adulto; en la subescala *Cinismo*, los servicios de Diálisis, Oncología, Medicina Adulto y Centro de Atención de Especialidades; y en la subescala *Eficacia profesional*, los servicios de Pabellón, Centro de Atención de Especialidades y UCI Pediátrica. En cuanto a los valores absolutos en la subescala *Desgaste emocional*, los mayores puntajes fueron obtenidos en el servicio de Medicina Adulto; en la subescala *Cinismo*, los servicios de Cirugía Infantil y Urgencia; y en la subescala *Eficacia profesional*, los menores puntajes fueron en Medicina Adulto, Urgencia y Esterilización (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de los valores de las subescalas del MBIGS en el personal de enfermería del Hospital de Valdivia según servicios

Servicio	Desgaste emocional				Cinismo				Eficacia profesional			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Med. Pediátrica	11,7	6,41	24	1	12,5	7,95	26	1	26,1	4,04	30	18
Neonatología	7,5	4,36	11	2	10,5	6,75	18	3	25,25	3,2	30	23
Medicina Adulto	12,28	8,58	30	1	14,5	5,54	25	8	25,4	5,83	30	9
Neurología	8,88	7,66	22	0	12,63	6,8	23	6	24	4,75	30	18
Psiquiatría	7	6,93	15	3	9,67	2,08	12	8	25,67	2,89	29	24
Cirugía Adulto	10,46	6,36	23	3	13,08	6,16	26	5	23,9	5,96	30	12
Cirugía Infantil	11	8,32	22	3	13	11,3	34	0	26,5	3,3	30	22
Traumatología	11,5	4,59	16	5	8,83	4,71	15	3	28	1,67	30	25
Urología	16	14,14	26	6	19	9,89	26	12	24,5	0,71	25	24
Otorrino	6,5	4,79	12	2	12	5,72	19	6	23,5	5	29	17
UCI Adulto	9,4	7,27	20	4	12,2	4,92	20	8	26,4	3,91	30	21
UCI Pediátrica	9,5	8,18	24	0	13,38	4,37	20	7	27	2,93	30	22
Oncología	9,9	5,78	23	4	14,9	6,52	29	7	26	3,37	30	20
Pensionado	10,83	5,27	18	5	14,17	3,37	19	12	22,83	6,71	30	14
CAE/CAA	10,87	5,74	22	4	14,33	5,97	26	6	27,8	3,14	30	20
Urgencias	9,21	5,24	22	2	11,86	7,17	33	0	25,93	7,35	30	3
Pabellón	10,87	5,95	25	0	13,78	4,17	22	7	27,22	2,83	30	21
Esterilización	4,86	3,63	11	0	10,14	5,52	15	0	24,29	9,96	30	2
Diálisis	14	6,32	21	5	15,83	6,11	26	7	23,83	4,92	30	19

**Fuente:** Datos de la investigación.

En el Hospital de Concepción en la subescala *Desgaste emocional*, los servicios con mayor puntaje promedio fueron: Pensionado, Cirugía Infantil y Diálisis; en la subescala *Cinismo*: Pensionado, Medicina Adulto, Centro de Atención Ambulatoria, Neurocirugía, UTI Neuroquirúrgica; y en la subescala *Eficacia profesional*, el servicio de UCI Quirúrgica, Oncología y Medicina Pediátrica. En cuanto a los puntajes absolutos en la subescala *Desgaste emocional*, los servicios que presentaron mayor

puntuación fueron Medicina Adulto y Urgencia; en la subescala *Cinismo*, el servicio de Esterilización; y en la subescala *Eficacia profesional*, los servicios con menor puntaje fueron Esterilización y Psiquiatría (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de los valores de las subescalas del MBIGS en el personal de enfermería del Hospital de Concepción según servicios

Servicio	Desgaste emocional				Cinismo				Eficacia profesional			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Med. Pediátrica	12,42	8,06	21	1	12,57	9,14	28	5	28	2	30	25
Neonatología	9,57	8,64	25	1	10,57	6,68	23	6	26	2,77	30	22
Medicina Adulto	13,53	7,27	28	2	15,73	4,1	21	10	26,28	3,71	30	17
Neurología	13,5	0,71	14	13	19	11,31	27	11	25,5	6,36	30	21
Psiquiatría	10,33	8,22	22	0	12	6,44	24	6	23	8,66	30	3
Cirugía Adulto	12,47	4,44	20	6	13,4	5,39	25	7	25,8	4,53	30	16

Servicio	Desgaste emocional				Cinismo				Eficacia profesional			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Cirugía Infantil	14,14	7,6	26	3	13,29	7,93	23	0	23	8,08	30	8
Traumatología	11,25	7,46	20	2	12,5	4,65	17	6	26,5	3,42	30	22
Urología	16	14,14	26	6	19	9,89	26	12	24,5	0,71	25	24
Otorrino	5,67	3,51	9	2	12,67	5,03	18	8	27,67	4,04	30	23
UCI Adulto	9,22	8,56	27	0	12	5,79	23	5	27,3	3,39	30	19
UCI Pediátrica	10,5	9,35	27	2	14,5	7,4	26	7	26,5	2,95	30	23
Oncología	10,67	5,92	18	1	11,33	5,5	25	7	28,4	1,88	30	2
Pensionado	14,33	5,51	20	9	18,33	11,06	30	8	24,67	0,58	25	24
CAE/CAA	10,13	9,07	26	0	14,75	6,68	26	6	27,81	2,56	30	2
Urgencias	8,9	8,39	28	2	9,6	4,84	17	0	27,1	3,72	30	20
Pabellón	9,11	7,39	22	0	12,1	4,4	22	6	27,06	3,51	30	18
Esterilización	10,25	12,97	27	0	16	12,33	34	6	22	14,67	30	0
Diálisis	16,4	7,7	26	8	13,8	5,26	23	10	26,4	2,97	30	22
UCI Quirúrgica	5,75	5,43	13	0	11,75	2,87	14	8	28,75	1,5	30	27
UTI Neuroquirúrgica	11,75	5,38	19	6	14,5	3,79	20	12	25,5	1,73	27	23
Neurocirugía	10,33	6,81	18	5	14,67	4,73	20	11	24,67	4,51	29	20
Quemados	10	1,41	12	9	13	6,22	20	6	26,5	1,91	28	24
Unidad Coronaria	6,5	4,95	10	3	10	2,83	12	8	27,5	0,71	28	27

Fuente: Datos de la investigación.

## Discusión

El perfil de la muestra evidencia características similares a la población general del personal de enfermería: predominio del sexo femenino y del estamento técnico/auxiliar paramédico, y con edades cercanas a los 40 años. Esto concuerda en parte con lo establecido por otros estudios en cuanto a las características de la muestra. María de Franca (17), en su estudio sobre el personal de enfermería en Brasil, describe la muestra como trabajadores técnicos en enfermería, del género femenino, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años. Así mismo, con lo descrito por Portero de la Cruz (21) acerca del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel del Sistema Sanitario Público de Andalucía, donde la muestra estaba compuesta en un 77,52% por mujeres, con una edad media de 49,21 (32-65) años.

Una proporción considerable del personal de enfermería de los establecimientos de salud del presente estudio presentó algún nivel de *burnout*. Esto concuerda con los resultados obtenidos

por Albaladejo en su estudio sobre el personal de enfermería en un hospital de Madrid, el cual evidenció porcentajes del Síndrome de *burnout* en clasificaciones baja, media y alta en tres dimensiones (22).

Por otro lado, Zanatta en su estudio en profesionales de un hospital oncohematológico infantil evidenció en los técnicos un 23,2% en nivel bajo, 54,7% en nivel moderado y 21,1% en nivel alto al 30% en las clasificaciones de la sub-escala *Desgaste emocional*; en la sub-escala *Despersonalización* superiores al 20% en niveles bajos, 52,6%, en niveles moderados y 20% en niveles altos; y en la sub-escala *Realización profesional* presentó 30,5% en nivel alto, 44,2% en nivel moderado y 25,5% en nivel bajo (6).

Por su parte, Galindo, en su estudio en enfermeros de un hospital general de la ciudad de Recife, halló un nivel superior a un 40%, clasificación alta en *Agotamiento emocional*, un 27% en *Despersonalización* y más de un 80% en grado alto de *Realización profesional*, en consecuencia, propensión

al *burnout* en una de las tres dimensiones, con un 68,3% (23). En este sentido, la prevalencia del Síndrome de *burnout* es variada dependiendo de si los establecimientos involucrados son hospitalarios o de atención primaria.

En el hospital de Valdivia, el servicio con mayor puntaje promedio en la subescala *Desgaste emocional* fue Medicina Adulto; en la subescala *Cinismo*, Diálisis; y en la subescala *Eficacia profesional*, el menor promedio lo obtuvo el servicio de Pensionado. En el Hospital de Concepción se destacó el servicio de Pensionado en las subescalas *Desgaste emocional* y *Cinismo*. Por su parte, en la subescala *Eficacia profesional*, el que obtuvo el menor puntaje promedio fue Esterilización. Esto discrepa con lo estipulado por Oliveira en su estudio de revisión integrativa sobre el Síndrome de *burnout* y enfermería, que indica que los servicios que presentaron mayor *burnout* fueron Cuidados Intensivos, Sector de Quemados, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Postoperatorios y Emergencias (24).

Por otro lado, los resultados del Hospital de Concepción concuerdan con lo estipulado por Ávila sobre profesionales de la salud, en el cual la mayor proporción de *burnout* la obtuvieron los servicios de hospitalización, no así el servicio de Urgencia, Cirugía, UCI Adulto y Niño (18). Sin embargo, gran parte de los estudios se han realizado en los servicios críticos (22) por la complejidad de los pacientes en cuanto a la patología, tratamiento y tecnología. Esto sugiere mayor carga laboral y por consiguiente mayor *burnout* y deja de lado aquellos servicios que pueden presentar menor complejidad pero en los que el trabajo es rutinario y monótono.

## Conclusiones

Los estudios muestran la tendencia a evaluar el Síndrome de *burnout* en servicios que presentan gran complejidad en cuanto a las características de los pacientes y procedimientos realizados. Sin embargo, algunos estudios que han aplicado la escala seleccionando la mayor parte de los servicios evidencian la presencia del síndrome en lugares de trabajo que no necesariamente son críticos o se enfrentan diariamente al estado de enfermedad de los pacientes.

Lo anterior es importante destacarlo, puesto que hay factores que no manifiestan relación con el trabajo con otras personas que pueden provocar el desarrollo del desgaste emocional, del cinismo

o de la baja realización profesional, como lo son las actividades repetitivas, la falta de autonomía o la subvaloración en el cargo, que determina, por ejemplo, la presencia del síndrome en servicios de esterilización. Por lo tanto, se hace necesario evaluar constantemente la presencia de este cuadro, no sólo en los servicios críticos, sino también en todo aquel en que se vea deteriorado el clima laboral y disminuidas la eficiencia y eficacia en las actividades.

## Limitaciones del estudio

La gran limitante de este estudio por su carácter descriptivo fue no establecer cuáles eran los factores relacionados estadísticamente con este comportamiento.

## Referencias

- (1) Arrigoni C, Caruso R, Campanella F, Berzolari FG, Miazza D, Pelissero G. Investigating burnout situations, nurses' stress perception and effect of a post-graduate education program in health care organizations of northern Italy: a multicenter study. *G Ital Med Lav Ergon*. 2015;37(1):39-45.
- (2) Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it time to consider the "Burnout Syndrome" a distinct illness? *Front Public Health*. 2015 Jun;3:158.
- (3) Grensman A, Acharya BD, Wandell P, Nilsson G, Werner S. Health-related quality of life in patients with Burnout on sick leave: descriptive and comparative results from a clinical study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016 Feb;89(2):319-329.
- (4) Madathil R, Heck NC, Schuldberg D. Burnout in psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014 Jun;28(3):160-166.
- (5) Farahbod F, Goudarzvand CM, Kouchakinejad EL, Mohtasham-Amiri Z. The association between social capital and burnout in nurses of a trauma referral teaching hospital. *Acta Med Iran*. 2015;53(4):214-219.

- (6) Zanatta AB, Lucca SR. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):253-258.
- (7) Gil-Monte PR, Manzano-García G. Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory among staff nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015 Dec;22(10):756-763.
- (8) Ferreira NN, Lucca SR. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):68-79.
- (9) Ding Y, Yang Y, Yang X, Zhang T, Qiu X, He X et al. The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and Burnout among Chinese nurses. *PLoS One*. 2015 Apr;10(4):[about 16 screens].
- (10) Galián-Muñoz I, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, López-García C. User violence and nursing staff Burnout: the modulating role of job satisfaction. *J Interpers Violence*. 2016 Jan;31(2):302-315.
- (11) Mojsa-Kaja J, Golonka K, Marek T. Job burnout and engagement among teachers – Worklife areas and personality traits as predictors of relationships with work. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(1):102-119.
- (12) Baka L. Does job burnout mediate negative effects of job demands on mental and physical health in a group of teachers? Testing the energetic process of Job Demands-Resources model. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(2):335-346.
- (13) Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*. 2015 Jan;52(1):240-249.
- (14) Aldrete MG, Navarro C, González R, Contreras MI, Pérez J. Factores psicosociales y síndrome de *burnout* en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Cienc Trab*. 2015 abr;17(52):32-36.
- (15) Santos LS, De Brito GE. Nurses' attention demands in the work setting. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15(1):27-33.
- (16) Astudillo PR, Alarcón AM, Lema ML. Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile. *Cienc Enferm*. 2009;15(3):111-122.
- (17) De Franca FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(5):961-970.
- (18) Cao X, Chen L, Tian L, Diao Y, Hu X. Effect of professional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: the mediator role of organisational commitment. *J Clin Nurs*. 2015 Oct;14.24(19-20):2907-2915.
- (19) Melita A, Cruz M, Merino JM. *Burnout* en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. *Cienc Enferm*. 2008;14(2):75-85.
- (20) Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FR. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009 Jul;25(7):1559-1568.
- (21) Portero S, Vaquero M. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015.23(3):543-552.
- (22) Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(4):505-516.
- (23) Galindo HR, Feliciano KV, Lima RA, Souza AI. Síndrome de *burnout* entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):420-427.
- (24) Oliveira RK, Costa TD, Santos VE. Síndrome de *burnout* em enfermeiros: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013;5(1):3168-3175.

# Eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com a doença renal

Eventos asociados a hemodiálisis y percepciones de incomodidad con la enfermedad renal

Events related to hemodialysis and perceptions of nuisance with renal disease

---

• Jarbas Everling<sup>1</sup> • Joseila Sonogo Gomes<sup>2</sup> • Eliane Raquel Rieth Benetti<sup>3</sup> •  
• Rosane Maria Kirchner<sup>4</sup> • Dulce Aparecida Barbosa<sup>5</sup> • Eniva Miladi Fernandes Stumm<sup>6</sup> •

---

•1• Enfermeiro, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jarbas.everling@unijui.edu.br

•2• Mestre em Enfermagem. Docente, Departamento do Curso de Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Mestre em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutora em Engenharia Elétrica. Professora, Centro de Educação Superior Norte, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Doutora em Medicina. Pós-Doutora em Nefrologia. Professora Adjunta, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

•6• Doutora em Ciências. Docente, Departamento do Curso de Enfermagem e Mestrado em Atenção Integral à Saúde. Rio Grande do Sul, Brasil.

---

Recibido: 12/12/2013 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41177>

---





## Resumo

**Objetivo:** Caracterizar idosos que hemodialisam em uma Unidade Nefrológica para identificar eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com os efeitos da doença renal.

**Metodologia:** Estudo transversal, descritivo e analítico de abordagem quantitativa, com 35 idosos que hemodialisam em Unidade Nefrológica do noroeste do Rio Grande do Sul/Brasil e atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados por meio de formulário de dados sociodemográficos e de eventos e do *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM)*. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva e teste de correlação de Spearman. Os preceitos éticos foram respeitados e o projeto aprovado por Comitê de Ética, CAAE nº 02780243000-09.

**Resultados:** 65,7% são homens e têm até 70 anos, 60% são casados, todos possuem filhos e 74,3% não concluíram o ensino fundamental. As complicações referidas pelos idosos foram fraqueza e câibras, porém os idosos com mais de 80 anos apresentaram maiores percentuais. A doença renal interfere na alimentação, na capacidade de trabalhar em casa e na aparência pessoal dos idosos ( $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** A identificação das complicações que podem ocorrer e das interferências da doença renal na vida dos idosos permite à equipe que cuida —especialmente à enfermagem— direcionarem ações com o intuito de esclarecer dúvidas, de melhorar a autoimagem e autoestima, de ajudar no enfrentamento da doença renal e do tratamento hemodialítico, a fim de proporcionar bem-estar e melhorar a qualidade de vida dos idosos em hemodiálise.

**Descritores:** Idoso; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Caracterizar a los adultos mayores con hemodiálisis en una Unidad Renal para identificar los eventos asociados con la hemodiálisis y las percepciones de incomodidad con los efectos de la enfermedad renal.

**Metodología:** Estudio transversal, descriptivo y analítico, de enfoque cuantitativo, con 35 adultos mayores con hemodiálisis en una Unidad Renal del noroeste del Rio Grande do Sul/Brasil, que atendieron los criterios de inclusión. Se recogieron los datos a través de un formulario de datos sociodemográficos, de eventos y del *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM)*. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas y el test de correlación de Spearman. Los principios éticos fueron respetados y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética, CAAE nº 02780243000-09.

**Resultados:** 65,7% eran hombres y tenían hasta 70 años; 60% eran casados, todos tenían hijos y 74,3% no finalizaron la educación básica. Las complicaciones mencionadas por ellos fueron debilidad y calambres, pero los adultos mayores con más de 80 años presentaron mayores porcentajes de estos eventos. La enfermedad renal interfirió en la limitación alimentaria, en la capacidad de trabajar en la casa y en la comparecencia personal de los adultos mayores ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La identificación de eventos que pueden ocurrir y de las interferencias de la enfermedad renal en la vida de los adultos mayores permite al equipo de atención —principalmente a la enfermería— direccionar acciones con el objetivo de aclarar dudas, mejorar la autoimagen y la autoestima, así como de ayudar en el enfrentamiento de la enfermedad renal y del tratamiento con hemodiálisis, con el fin de proporcionar bienestar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en hemodiálisis.

**Descritores:** Adulto Mayor; Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To characterize an aged does hemodialysis in a Nephrology Unit in order to identify events related to hemodialysis and perceptions of nuisance with renal disease effects.

**Methodology:** Transversal, descriptive and analytical study with quantitative approach; 35 aged with hemodialysis in a Nephrology Unit of northwestern of Rio Grande do Sul/Brasil participated, who satisfied the inclusion criteria. The data were collected by means of socio-demographics data form and of events, and of *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM)*. The data analysis was developed by descriptive statistic and Spearman's Correlation Test. Ethical principles were respected and the project was approved by Ethics Committee.

**Results:** Men were 65,7% and they were until 70 years old; 60% were married, all of them had sons, and 74,3% did not finished primary school. The complications related by aged were weakness and cramps, but aged over 80 years old had higher percentages for these events. The renal disease interferes in food limitation, ability to work at home and the personal appearance of the aged ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** The identification of events which can occur and the interferences of renal disease in aged life allows the care team —especially nursing— to direct actions with aim to clarify doubts, improve self-image and self-esteem, to help in coping of renal disease and the treatment with hemodialysis, in order to provide well-being and improve the quality of life of aged in hemodialysis.

**Descriptors:** Aged; Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis; Nursing (SOURCE: DECS BIREME).

## Introdução

O aumento da população idosa observado mundialmente evidencia desafios para a sociedade e, principalmente, para os profissionais de saúde. Com o aumento da idade o indivíduo sofre um declínio na fisiologia corpórea que lhe expõe às várias doenças. Dentre estas, surge a Insuficiência Renal Crônica (IRC) ou Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), que se configura como uma doença de instalação gradual, na qual o paciente depende de uma terapia contínua (1), como por exemplo a hemodiálise.

O indivíduo com DRCT enfrenta mudanças na vida, as quais impõe limitações no cotidiano e alterações, físicas e emocionais, que implicam nas condições para o trabalho (2). Nesse contexto, o impacto que a doença provoca na vida do idoso está diretamente relacionado à forma como este enfrenta a doença e o tratamento (3). O idoso em tratamento hemodialítico apresenta características clínicas peculiares, como maior incidência de comorbidades, necessidade frequente de hospitalização e consumo elevado de medicamentos (4).

A DRCT progride de forma lenta, progressiva e irreversível, acompanhada por um conjunto de doenças subjacentes (5). Já a Insuficiência Renal Aguda (IRA) ocorre subitamente, com queda no ritmo de filtração glomerular e decréscimo da função renal (6). Assim, no que tange ao idoso com DRCT em hemodiálise, há comprometimento da qualidade de vida e ocorrem frequentemente complicações e intercorrências durante as sessões de hemodiálise e, em qualquer programa de controle da qualidade do tratamento deve estar inserida a avaliação dessas, bem como o paciente deve ser orientado sobre as prováveis complicações e como acontecem (7).

Assim, prevenir e diminuir as complicações e as interferências da terapia de substituição da função renal tem sido preocupações constantes dos profissionais de saúde. Acredita-se que uma investigação dos eventos e das interferências da DRCT e seu tratamento se faz necessária para subsidiar o direcionamento no planejamento da assistência de enfermagem, para que possa vir

a proporcionar a esse grupo um melhor enfrentamento da situação. Isto porque, a maneira como o idoso enfrenta a doença e o tratamento é importante e repercute na eficácia (8).

Diante do exposto, a atuação da equipe de saúde, especialmente da Enfermagem, requer uma visão ampliada, que envolva os aspectos físicos, emocionais, sociais e ambientais, com vistas a apreender as reais necessidades de cuidado desses indivíduos. Com base nessas considerações, objetiva-se caracterizar idosos que hemodialisam em uma Unidade Nefrológica, identificar eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com os efeitos da doença renal.

## Metodologia

Estudo transversal, descritivo e analítico, de abordagem quantitativa, com 35 idosos do noroeste do Rio Grande do Sul/Brasil que atenderam aos critérios de inclusão, quais sejam: ser paciente renal crônico em tratamento hemodialítico na Unidade Nefrológica, ter interesse em participar do estudo, após ser esclarecido acerca dos objetivos do mesmo e não apresentar déficit cognitivo. Como critérios de exclusão foram definidos: pacientes incapacitados de compreender ou responder as questões da pesquisa e discordar em participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu de maio a julho de 2010, por meio de formulário de dados sócio demográficos, formulário de complicações associadas à DRCT e do *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM)* (9). Salienta-se que deste instrumento foram analisadas as respostas da questão de número 15, a qual aborda o quanto o idoso ficou incomodado com a doença renal em sua vida. Após a coleta os dados foram organizados em um banco de dados no *Microsoft Excel*® e posteriormente analisados com auxílio do *Software Estatístico SPSS*, versão 17.0, por meio da estatística descritiva e do teste de correlação de Spearman com apresentação em tabelas simples e cruzada.

Este estudo integra o projeto *Análise dos hábitos de vida e de saúde de pacientes renais crônicos em hemodiálise* e atendeu à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual normatiza pesquisas realizadas com seres humanos (10), com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria/RS, sob o Parecer Consubstanciado nº 02780243000-09.

## Resultados e Discussão

Na Tabela 1 são explicitadas as características socio-demográficas dos 35 idosos que participaram da pesquisa, na qual se verifica que 65,7% são homens, com idade entre 60 a 70 anos incompletos, casados e que todos possuem filhos. Constata-se que a maioria deles possui baixa escolaridade (Ensino Fundamental Incompleto) e mais da metade reside com companheiro(a) e 17,1 % sozinho.

Observou-se que a metade dos idosos pesquisados reside na área urbana do município, porém mais de 30% deles se deslocam de sua cidade de origem para realizar hemodiálise.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos idosos. Ijuí, RS 2010

Características	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	26	65,7
Feminino	9	34,3
<b>Idade</b>		
60 --70 anos	23	65,7
70 anos ou mais	12	34,3
<b>Estado Civil</b>		
Casado	21	60,0
Solteiro	1	2,9
Separado/Divorciado	4	11,4
Viúvo	9	25,7
<b>Filhos</b>		
Sim	35	100
<b>Escolaridade</b>		
Sem instrução	1	2,9
Ensino Fundamental incompleto	26	74,3
Ensino Fundamental completo	1	2,9
Ensino Médio completo	4	11,4
Ensino Superior	3	8,6
<b>Renda</b>		
Aposentadoria	32	91,4
Pensão/Auxílio doença	3	8,6
<b>Com quem mora</b>		
Companheiro(a)	19	54,3
Filhos	5	14,3
Sozinho	6	17,1
Esposa e filhos	2	5,7
Outros	3	8,6
<b>Residência</b>		
Centro do município que foi realizada a pesquisa	17	48,6
Outra cidade	12	34,3
Interior da cidade na qual foi realizada a pesquisa	6	17,1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados explicitados na Tabela 1 vêm ao encontro de outros estudos realizados. Em estudo que avaliou indicadores antropométricos do estado nutricional e correlacionou tempo de realização do procedimento dialítico e estado nutricional de 137 pacientes cadastrados junto ao programa de hemodiálise da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília/São Paulo, foi identificado que 55% deles eram homens, com média de idade de 54,9 anos (11).

Quanto ao sexo, resultados semelhantes foram encontrados em estudo que descreveu o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes incidentes em hemodiálise que utilizaram eritropoetina nos anos de 2002 e 2003, no Brasil, no qual verificou-se que 57% eram do sexo masculino (12) e, em pesquisa realizada com 1 307 pacientes em hemodiálise no sul do Brasil, na qual, também, 57% eram homens (13).

Diante do predomínio de homens nas unidades de diálise destaca-se a importância de inserir a saúde do homem na pauta de discussões sobre as políticas públicas, visto que esses pacientes tornam-se dependentes de uma máquina justamente na fase produtiva da vida (14). Além disso, a cultura brasileira não considera importante a presença do homem nos espaços dos serviços de saúde e, em atividades que possam contribuir para a promoção da saúde (14).

Em pesquisa que avaliou a qualidade de vida de 72 portadores de doença renal crônica, em hemodiálise, por meio do instrumento KDQOL-SF, observou-se que 58,3% tinham companheiro fixo, 8% moravam sozinhos e 19,4% dos pesquisados não tinham filhos (1). Estes achados demonstram a potencial fragilidade do idoso dialisado, o qual depende de outras pessoas, que não o próprio companheiro, para atender suas demandas. Nesse contexto, salienta-se que o enfermeiro, como educador em saúde, pode desenvolver atividades, tanto com pacientes quanto com familiares, a fim de proporcionar maior conhecimento relacionado à doença, ao tratamento e controle emocional (15).

**Tabela 2.** Tempo em hemodiálise dos idosos. Ijuí, RS, 2010

Tempo em hemodiálise	n	%
Menos que 24 meses	8	22,9
24 -- 60 meses	8	22,9
60 -- 96 meses	6	17,1
96 -- 132 meses	8	22,9
132 meses ou mais	5	14,3
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Quanto ao tempo em que os idosos estão em diálise, constata-se que em percentuais aproximados, estão em períodos que vão de menos de dois anos até mais de 11 anos, resultado semelhante a outros estudos (1, 4). No primeiro, 66,3% dos pacientes estavam em tratamento hemodialítico há mais de 12 meses (1), enquanto que no estudo que identificou fatores associados à qualidade de vida relacionada a saúde de 223 idosos em hemodiálise, 108 estavam entre um e dois anos de tratamento hemodialítico, 33 de dois a três anos e 82 há menos de um ano (4).

Sequencialmente, na Tabela 3 são apresentadas as complicações referidas pelos idosos e classificados conforme a idade. Nesta constata-se que as complicações foram mais incidentes em idosos com 80 anos ou mais, sendo fraqueza e câibras as que apresentaram maiores percentuais.

**Tabela 3.** Complicações referidas pelos idosos associadas a hemodiálise. Ijuí, RS 2010

Complicações	60 a 80 anos incompletos %	80 anos ou mais %
Fraqueza	43	55,8
Câibras	41	53,2
Hipotensão arterial	31	40,3
Dor de cabeça	27	35,1
Perda de peso	25	32,5
Prurido	23	29,9
Anemia	20	26,0
Hipertensão arterial	16	20,8
Dor	15	19,5
Ganho de peso	10	13,0
Constipação intestinal	9	11,7
Infecções repetitivas	7	9,1
Arritmia cardíaca	2	2,6

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Quanto às demais complicações, evidencia-se que todas elas, tais como hipotensão arterial, dor de cabeça, perda de peso, prurido e anemia são relatadas em percentuais mais elevados entre os idosos com 80 anos ou mais de idade. Importante destacar que a dor não esteve presente em índices altos, ficando abaixo da média para ambos os grupos analisados.

Em estudo que caracterizou adultos e idosos em hemodiálise e avaliou as diferenças na qualidade de vida relacionada à saúde de 194 pacientes residentes em Ribeirão Preto/São Paulo, os autores pontuam que dentre as dimensões avaliadas através do KDQOL-SF, 63,5% dos adultos pesquisados referiram sentir dor e dos idosos, 58,8% igualmente referiram dor, resultado esse que diverge dos dados ora analisados (16). Também, 64,5% adultos referiram fadiga e 60,2% dos idosos pontuaram essa complicação (16).

Quando avaliadas as principais complicações apresentadas por 30 pacientes renais crônicos durante sessões de hemodiálise em um hospital universitário do município de Alfenas/Minas Gerais, MG, observou-se que 62,7% dos pacientes relataram a hipotensão arterial, 24,1% referiram cefaleia e 24,1% hipertensão arterial, sendo também mencionado fraqueza, câibra e dor em geral (7). Esse resultado vem ao encontro dos dados ora analisados. Quanto ao prurido, o mesmo pode ter início ou se agravar durante a sessão de hemodiálise, em alguns pacientes (7). Dentre as complicações mencionadas pelos sujeitos da pesquisa, somam-se perda de peso e anemia, situações essas merecedoras de cuidado especial. Nesse sentido, destaca-se que os procedimentos dialíticos determinam condições que exigem orientações dietéticas específicas para manter ou melhorar a condição nutricional dos clientes (2).

Neste universo marcado pela especificidade, a ocorrência de complicações apresentadas e referidas pelos pacientes renais crônicos em hemodiálise é frequente. Assim, a constante avaliação destas complicações deve estar inserida em programas de controle da qualidade do tratamento e a equipe de saúde deve orientar o paciente sobre as possíveis complicações e como elas ocorrem, para que este esteja em alerta a qualquer alteração física (7). Além disso, a equipe tem de oportunizar possibilidades para que o idoso identifique as fragilidades e potencialidades relacionadas ao enfrentamento da doença e tratamento. Por estar em contato direto com

o paciente e familiares, o enfermeiro é responsável por orientar sobre a doença, suas implicações, limitações e os possíveis problemas que o paciente possa vir a apresentar (17).

Na Tabela 4 está apresentada a percepção dos idosos sobre a doença renal em determinadas áreas de sua vida e os resultados do teste de correlação de Spearman referentes à interferência da respectiva doença na vida deles.

**Tabela 4.** Percepções de incômodo dos idosos com os efeitos da doença renal. Ijuí, RS 2010

Áreas	Percepção de incômodo					Correlação Spearman's
	Nada n (%)	Um pouco n (%)	De forma moderada n (%)	Muito n (%)	Extremamente n (%)	Valor de p
Limitação de líquido	10 (28,6)	15 (42,9)	5 (14,3)	3 (8,6)	2 (5,7)	0,054
Limitação alimentar	11 (31,4)	13 (37,1)	7 (20,0)	3 (8,6)	1 (2,9)	0,012*
Sua capacidade de trabalhar em casa	12 (34,3)	9 (25,7)	7 (20,0)	4 (11,4)	3 (8,6)	0,011*
Sua limitação para viajar	11 (31,4)	10 (28,6)	7 (20,0)	3 (8,6)	4 (11,4)	0,228
Depender dos médicos e outros profissionais da saúde	14 (40,0)	10 (28,6)	9 (25,7)	2 (5,7)	-	0,661
Estresse ou preocupações causadas pela doença renal	9 (25,7)	11 (31,4)	12 (34,3)	1 (2,9)	2 (5,7)	0,286
Sua vida sexual**	6 (17,1)	4 (11,4)	1 (2,9)	1 (2,9)	12 (34,3)	0,120
Sua aparência pessoal	20 (57,1)	11 (31,4)	2 (5,7)	-	2 (5,7)	0,017*

\* Correlação significante ( $p < 0,05$ ), \*\* 11 não responderam.

aos alimentos que ele pode ou não ingerir e sobre a importância de ele respeitar a ingestão hídrica diária é fundamental para que não ocorram complicações futuras relacionadas à retenção de metabólitos e líquidos no organismo (19).

Referente a “Sua capacidade de trabalhar em casa”, 34,3% dos idosos mencionam que não incomoda, seguido de *Um pouco* e *De forma moderada*. Mais da metade respondeu, nas frequências *Nada* e *Um pouco*, referente à interferência da doença na “Sua limitação para Viajar”.

**Categorias:** Áreas = escores variando de 1 para *Não incomoda nada* até 5 para *Extremamente incomodado*; Interferência da doença renal em sua vida = escores variando de 1 para *sempre verdade* até 5 para *sempre falso*.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Quanto a “Limitação de Líquido”, 42,9% dos idosos pesquisados referem que se sentem *Um pouco* incomodados e, um percentual aproximado, refere não se sentir incomodado com a mesma. Igualmente, na “Limitação Alimentar”, os idosos referem sentir-se incomodados nas frequências *Um pouco*, *Nada* e *De forma moderada*.

Em relação às limitações alimentar e hídrica, ressalta-se que o fornecimento adequado de nutrientes nas diversas etapas do tratamento favorece tanto a manutenção ou recuperação do estado nutricional, como a prevenção ou redução da toxicidade urêmica (17). Nesse ínterim, orientar o paciente quanto

Em relação a “Depender dos médicos e outros profissionais da saúde”, 40% relata não se sentir incomodado e 60% se sente incomodado nas frequências *Um pouco*, *De forma moderada* e *Muito*. Dos idosos pesquisados, 32% referem sentir-se incomodados com “Estresse ou preocupações causadas pela doença”. 37,2% deles sentem-se incomodados com os efeitos da doença renal na vida sexual. Evidencia-se que mais de 40% dos pesquisados referem sentir-se incomodados com sua aparência pessoal.

É possível identificar, ainda na Tabela 4, a partir da correlação de Spearman que a limitação alimentar, a capacidade de trabalhar em casa e a aparência pessoal dos idosos pesquisados, são as áreas que mais se correlacionam com a interferência da doença renal na vida deles.

Em estudo descritivo exploratório, realizado em uma clínica no município de Goiás, com a participação de 72 pacientes, o qual usou o KDQOL-SF, resultados mostram que 77,8% dos pacientes não trabalhavam em função da doença renal, 15,3% atuavam como autônomos e 6,9% em serviços privados (1). Dessa forma, verifica-se que o tratamento hemodialítico representa dificuldade para que as pessoas se mantenham empregadas e possam colaborar com a renda familiar, pois necessitam se afastar do trabalho em função do tratamento dialítico (1).

Nesse ínterim, sabe-se que pacientes com doença renal crônica em fase dialítica tem o desempenho físico e profissional consideravelmente reduzido, o que leva a um impacto negativo na percepção da própria saúde e afeta os níveis de vitalidade, o que pode limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental (18). Diante disso, embora a hemodiálise aumente a sobrevivência do renal crônico, normalmente não diminui o impacto causado no dia-a-dia dos pacientes, tendo em vista que tanto a doença como o tratamento causam diversas alterações na vida do paciente, comprometem a relação social e o estado físico e mental e, favorecem um comprometimento emocional (20).

Os idosos pesquisados, conforme explicitado na Tabela 4, se ressentem pelo fato de sofrerem limitação para viajar. Nesse sentido, em pesquisa realizada em Rio Grande/Rio Grande do Sul, os idosos pontuaram algumas restrições referentes a lazer, viagens, as quais igualmente sofrem alterações decorrentes do tratamento (21). A alegria de viver associada ao prazer de viajar, de visitar familiares ficam comprometidas, inicialmente por se sentirem inseguros com o cuidado da fistula e receosos em realizar hemodiálise em outra instituição de saúde, com uma equipe desconhecida (21). Dificuldades de adaptação também são percebidas por idosos que precisam abandonar o trabalho no campo em razão da doença e necessidade de realizar o tratamento (3).

No que se refere a alterações na autoimagem dos pesquisados, autores evidenciaram limitações de pacientes renais crônicos, decorrentes da

presença da fistula e pela dependência da tecnologia, as quais necessitam ser desmistificadas pela equipe de saúde (21). A percepção da diferença da autoimagem surge de forma abrupta e inesperada, gera tristeza nos pacientes que necessitam se adaptar às mudanças, aliado ao estresse. Ressalta-se que o processo de aceitação provoca restrições e emerge a necessidade de instalação de uma via de acesso para a diálise, ou seja, criação de uma fistula arteriovenosa ou inserção de um cateter (2).

Diante desses resultados, destaca-se que a DRC é mais incidente em idosos, devido à perda progressiva da reserva renal fisiológica, relacionada às alterações anatômicas e funcionais que ocorrem nos rins (22). Além disso, os idosos têm como agravantes da doença as limitações sociais que envolvem trabalho, hábitos alimentares e culturais e, o convívio familiar, as quais podem causar alterações em seu estado mental (3).

Nesse sentido, a compreensão das complicações da hemodiálise é indispensável para que o enfermeiro realize uma assistência segura e de qualidade, a qual compreende o processo de monitorização, detecção e rápida intervenção (23). É indispensável que os cuidados sejam individualizados, que preservem a humanização dos pacientes, pois muitos se tornam depressivos e adversos ao tratamento (24). Assim, considera-se que a enfermagem tem de estar preparada para atender a demanda e lidar com estas situações, demonstrando maior afetividade, apoio emocional, confiança a ponto do paciente se sentir seguro em relatar suas dificuldades e medos. Nesse contexto, percebe-se a relevância da estruturação do serviço com a sistematização da assistência, a fim de potencializar resultados, minimizar riscos, formalizar e unificar orientações prestadas, proporcionando maior conforto e segurança aos pacientes (25).

## Conclusões

O estudo permitiu caracterizar os idosos em tratamento hemodialítico, identificar complicações associadas à hemodiálise e a percepção sobre o incômodo dos idosos com a doença renal em suas vidas.

Quanto às complicações referidas pelos idosos e associadas a hemodiálise, considera-se que a equipe responsável pelo cuidado desses pacientes

deve ficar atenta no que tange ao monitoramento contínuo dos com 80 anos ou mais de idade, pelo fato de estas ocorrerem em percentuais mais altos neles do que nos demais idosos.

No que tange a percepção dos pesquisados quanto à interferência da doença na vida deles, o teste de correlação de Spearman mostra que as áreas que se correlacionam são a limitação alimentar, a capacidade de trabalhar em casa e a aparência pessoal. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de os profissionais que atuam em unidades renais, especialmente os de enfermagem, de observarem esses aspectos e se colocarem a disposição para ouvir o que os idosos têm a dizer, bem como direcionar ações com o intuito de esclarecer suas dúvidas, de melhorar a autoimagem e autoestima, como alternativas de proporcionar bem-estar e contribuir para que aceitem melhor o tratamento que os mantém vivos.

Enfim, os resultados desse estudo oferecem subsídios para que a equipe multidisciplinar de saúde perceba a importância de identificar os eventos/complicações relacionados à hemodiálise bem como a interferência dessa modalidade terapêutica na vida do renal crônico. Dessa forma, conhecendo o universo do paciente podem ser promovidas mudanças, como maior participação dos familiares e maior atenção da equipe, necessárias para melhoria no seu estado de saúde, contribuindo assim para o comprometimento do paciente com o tratamento e consequente melhora da qualidade de vida. Esses resultados podem instigar pesquisadores, profissionais que atuam em nefrologia e estudantes no sentido de ampliar pesquisas sobre essa temática e, inclusive, com o uso de outras abordagens.

## Referências

(1) Cordeiro JA, Brasil VV, Silva AM, Oliveira LM, Zatta LT, Silva AC. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 2013 mai 20];11(4):785-793. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>

(2) Santos I, Rocha RP, Berardinelli LM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2013 mai 20];64(2):335-342. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf)

(3) Pilger C, Rampari EM, Waidman MA, Carreira L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2013 mai 25];14(4):677-683. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a04.pdf)

(4) Braga SF, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade EI, Cherchiglia ML. Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2013 mai 25];45(6):1127-1136. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/en\\_2844.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/en_2844.pdf)

(5) Gonçalves EM, Lima DL, Albuquerque SH, Carvalho JA, Cariri TF, Oliveira CM. Avaliação da perda de inserção dentária em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2013 mai 25];33(3):291-294. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/jbn/v33n3/a03v33n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n3/a03v33n3.pdf)

(6) Ponce D, Zorzenon CP, Santos NY, Teixeira UA, Balbi L. Injúria renal aguda em unidade de terapia intensiva: estudo prospectivo sobre a incidência, fatores de risco e mortalidade. *Rev Bras Ter Intensiva* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2013 mai 26];23(3):321-326. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a10.pdf>

(7) Terra FS, Costa AM, Figueiredo ET, Morais AM, Costa MD, Costa RD. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. *Rev Bras Clin Med* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2013 mai 26];8(3):187-192. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a001.pdf>

(8) Bertolin DC, Pace AE, Kusumota L, Haas V. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2013 mai 27];45(5):1070-1076. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a06.pdf)

- (9) Duarte PS, Miyazaki MC, Ciconelli RM, Cristina OS, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras* [periódico na Internet]. 2003 [acesso: 2015 nov 20];49(4):375-381. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18335.pdf>
- (10) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [norma na Internet] [acesso: 2013 mai 02]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
- (11) Stefanelli C, Andreotti FD, Quesada KR, Detregiachi CR. Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. *J Health Sci Inst* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2013 mai 02];28(3):268-271. Disponível em: [www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/03\\_jul-set/V28\\_n3\\_2010\\_p268-271.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/03_jul-set/V28_n3_2010_p268-271.pdf)
- (12) Gurgel TC, Cherchiglia ML, Acurcio FA, Szuster DA, Gomes IC, Andrade EI. Utilização de eritropoetina por pacientes incidentes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2002-2003. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2015 nov 20];28(5):856-868. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n5/05.pdf>
- (13) Morsch C, Thomé EG, Farias D, Hirakata V, Thomé FS, Barros E. Avaliação dos Indicadores Assistenciais de Pacientes em Hemodiálise no Sul do Brasil. *J Bras Nefrol*. 2008;30(2):120-125.
- (14) Cravo CD, Miranzi SS, Iwamoto HH, Souza Júnior JL. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2015 nov 20];10(1):110-115. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10720/pdf>
- (15) Quintana JM, Hammerschmidt KS, Santos SS. Percepções de idosos que vivem o cuidado de enfermagem durante a hemodiálise. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2015 nov 22];16(3):662-670. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a22.pdf>
- (16) Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RA. Adultos e idoso em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 2013 mai 20];21(Esp):152-159. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf>
- (17) Frazão CM, Delgado MF, Araújo MG, Silva FB, Sá JD, Lira AL. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2015 nov 22];15(4):701-709. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1592>
- (18) Silveira CB, Pantoja IK, Silva AR, Azevedo RN, Sá NB, Turriel MG *et al*. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém-Pará. *J Bras Nefrol* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2013 mai 20];32(1):39-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a08.pdf>
- (19) Santos AC, Machado MC, Pereira LR, Abreu JL, Lyra MB. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2013;35(4):279-288.
- (20) Cattai GB, Rocha FA, Junior NN, Pimentel GG. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica-SF-36. *Cienc Cuid Saude* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 2013 mai 20];6(Suppl 2):460-467. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5357/3394>
- (21) Silva AS, Silveira RS, Fernandes GF, Lunardi VL, Backes VM. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Enferm*. [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2013 mai 20];64(5):839-844. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf)



(22) Franco MR, Fernandes NM. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI – revisão narrativa. *J Bras Nefrol.* 2013;35(2):132-141.

(23) Sancho PO, Tavares RP, Lago CC. Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos. *Rev Enferm Contemp.* 2013;2(1):169-183.

(24) Anjos MD, Oselame GB. Cuidados de enfermagem para pacientes idosos com fístula arteriovenosa em terapia de hemodiálise. *Rev Uniandrade [periódico na Internet].* 2013 [acesso: 2015 nov 26];14(3):251-262. Disponível em: <http://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/80/62>

(25) Santos AA, Siqueira CC, Sória DA. Padronização dos cuidados com acessos vasculares para terapia hemodialítica: cuidado essencial de enfermagem. *Rev Pesq: Cuid Fundam [periódico na Internet].* 2010 [acesso: 2015 nov 26];2(Supl 1):586-590. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1061/pdf\\_226](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1061/pdf_226)

# Os caminhos de cuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama<sup>1</sup>

Los caminos del cuidado de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama

The pathways of care for women diagnosed with breast cancer

---

• Aline Machado Feijó<sup>2</sup> • Caroline de Leon Linck<sup>3</sup> •  
• Aline da Costa Viegas<sup>4</sup> • Bianca Pozza dos Santos<sup>5</sup> •

---

•1• Recorte do Trabalho de Conclusão de Curso *Os caminhos de cuidado das mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico*, apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em 2008.

•2• Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hemocentro Regional de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: aline\_feijo@yahoo.com.br

•3• Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPEL. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutoranda em Enfermagem. Integrante do NUCCRIN. Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Doutoranda em Enfermagem da UFPEL. Integrante do NUCCRIN. Rio Grande do Sul, Brasil.

---

Recibido: 08/03/2013 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37390>

---



## Resumo

**Objetivo:** Descrever os caminhos de cuidado percorridos por mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de caráter qualitativo, realizado com mulheres atendidas no Ambulatório de Radioterapia de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. Participaram seis mulheres acometidas por câncer de mama em tratamento radioterápico. Os dados foram coletados de março de 2006 a dezembro de 2007, por meio de entrevista semiestruturada.

**Resultados:** Os dados foram analisados conforme a operacionalização da análise temática, emergindo dois núcleos: *Os enredos dos caminhos de cuidado* e *A superação frente ao diagnóstico*.

**Conclusões:** Percebeu-se que os caminhos que a mulher acometida por câncer de mama percorre envolvem tanto facilidades quanto dificuldades, relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, a relação com os profissionais e a capacidade de superação. Também considera-se importante ter o conhecimento de seu diagnóstico, a fim de ser uma pessoa ativa neste processo. Ressalta-se a importância dos profissionais e dos serviços de saúde estarem preparados para acolher as mulheres em situação de enfermidade, pois o apoio e a orientação são imprescindíveis para a sua reabilitação.

**Descritores:** Neoplasias da Mama; Mulheres; Enfermagem; Radioterapia (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Describir los caminos del cuidado recorridos por mujeres con cáncer de mama en tratamiento radioterápico.

**Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio de carácter cualitativo, realizado en mujeres atendidas en el Ambulatorio de Radioterapia de una Universidad Federal del Sur de Brasil. Participaron seis mujeres afectadas por cáncer de mama en tratamiento radioterápico. Los datos fueron recolectados desde marzo de 2006 hasta diciembre de 2007 por medio de una entrevista semiestructurada.

**Resultados:** Los datos fueron analizados de acuerdo con la funcionalidad del análisis temático, a partir del cual emergieron dos núcleos: *Las dificultades de los caminos del cuidado* y *La superación frente al diagnóstico*.

**Conclusiones:** Se percibió que los caminos que recorre la mujer sometida por el cáncer de mama involucran tanto facilidades como dificultades, relacionadas con el acceso a los servicios de salud, la relación con los profesionales y la capacidad de superación. También se considera fundamental el conocimiento de su diagnóstico, de manera que ella pueda ser una persona activa en este proceso. Se debe señalar cuán importante es que los profesionales de los servicios de salud estén preparados para atender a las mujeres en situación de enfermedad, pues el apoyo y la orientación son imprescindibles para su rehabilitación.

**Descritores:** Neoplasias de la Mama; Mujeres; Enfermería; Radioterapia (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To describe the pathways of care experienced by women with breast cancer receiving radiotherapy.

**Methodology:** It is a descriptive, exploratory and qualitative study, conducted among women in the Radiotherapy Clinic of a Federal University in the South of Brazil. The participants were six women affected by breast cancer who were receiving radiotherapy. Data were collected through semi-structured interviews from March 2006 to December 2007.

**Results:** The data were analyzed according to the operationalization of thematic analysis, emerging two categories: *The plots of the pathways of care*, and *Overcoming the cancer diagnosis*.

**Conclusions:** It was perceived that pathways experienced by women affected by breast cancer involve both barriers and facilitators regarding access to health services, their relationship with professionals, and their ability to overcome. It is also considered important to have knowledge about the diagnosis of the disease in order to be an active person in this process. It is important to have well prepared health professionals and services, in order to accept women in ill situations, since support and guidance are essential to their recovery.

**Descriptors:** Breast Neoplasms; Women; Nursing; Radiotherapy (source: DECS BIREME).

## Introdução

O câncer da mama feminina é considerado um problema de saúde pública, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos. É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, sendo que a sobrevivência média após cinco anos na população de países desenvolvidos é de aproximadamente 85% e nos países em desenvolvimento entre 50% e 60%. Em torno de 1,67 milhões de casos novos desta neoplasia foram esperados para o ano de 2012 no mundo, representando 25% de todos os tipos de câncer nas mulheres. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) publicou que a estimativa dessa neoplasia para o ano de 2014 foi de 57120 casos novos (1).

Reforça-se que, embora este seja um câncer com bom prognóstico, a mortalidade ainda continua elevada no Brasil, principalmente por seu diagnóstico tardio (1), que pode estar associado ao difícil acesso no atendimento. Por isso, considera-se de suma importância uma melhor mobilização da rede de atenção à saúde, para a detecção precoce e monitoramento mais efetivo do câncer de mama na população feminina.

Muitas das mulheres acometidas por câncer de mama se deparam com uma gama de sentimentos na descoberta do diagnóstico (2), que podem estar associados à autoimagem, à sexualidade, à maternidade e à feminilidade, o que é muito valorizado na sociedade capitalista pós-moderna. Portanto, ter conhecimento sobre esses aspectos possibilita melhorar a qualidade do atendimento prestado a essas mulheres, reforçando a possibilidade de caminhos a serem escolhidos durante o percurso da doença. Isso refletirá na aceitação da patologia, adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida.

Pode-se dizer que existem muitos fatores determinantes para a escolha do caminho a ser trilhado por estas mulheres, como as representações sobre o que é doença e saúde, as formas de cura e de conservar o bem-estar tanto físico como psíquico, os papéis desenvolvidos socialmente, o modo como elas relacionam-se com o próprio eu e com os outros, o contexto cultural e a resposta as suas condições socioeconômicas.

Sendo assim, a escolha por trabalhar com os caminhos de cuidado das mulheres com câncer de mama emergiu por considerá-los importantes na evolução da doença e tratamento dos pacientes oncológicos, uma vez que influenciam o processo saúde-doença, pois deixam marcas positivas e/ou negativas na vida das pessoas, afetando também a visão que elas têm dos serviços de saúde.

Entende-se por caminho o espaço percorrido ou por percorrer, direção, rumo, maneira de agir, meio (3). Acredita-se que o caminho seguido pelas pessoas está de acordo com o contexto em que estão inseridas, ou seja, suas práticas derivam de sua visão sociocultural, de sua visão de mundo, crenças, valores e da relação que possuem com sua família, amigos, profissionais e serviços de saúde, inclusive o acesso a estes.

Frente a esses aspectos, objetiva-se descrever os caminhos de cuidado percorridos por mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de caráter qualitativo, realizado com mulheres atendidas no Ambulatório de Radioterapia de uma Universidade Federal do Sul do Brasil, sendo esse serviço referência para o tratamento do câncer nesta região. O estudo é um recorte da pesquisa *Intervenções de Enfermagem com clientes oncológicos e famílias em um Ambulatório de Radioterapia*, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), sob o número 05/2279.2 PROADE 3.

Participaram deste estudo seis mulheres que tinham diagnóstico de câncer de mama, com idade superior a 18 anos, que estavam em tratamento radioterápico e que conseguiam comunicar-se verbalmente durante o período da coleta. A escolha dessas participantes foi em virtude de portarem a doença e estarem em radioterapia no momento da coleta de dados. Ainda, o reduzido número de participantes deu-se em decorrência do enfoque qualitativo, em que se evidenciou o aprofundamento dos dados e a descoberta das particularidades vivenciadas pelas mulheres, e não o estabelecimento de generalizações para o grupo estudado.

Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e, a fim de manter o anonimato, foram identificadas por algarismos arábicos, conforme a sequência das entrevistas, seguido da idade. Os dados foram coletados entre os meses de março de 2006 e dezembro de 2007, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra.

Após, foram analisados conforme a operacionalização da análise temática, identificando os núcleos de sentido presentes nas falas das participantes. Para isso, foram desenvolvidas três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (4).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o ofício 028/06, e seguiu os princípios éticos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução COFEN nº 311/2007 (5) e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 (6).

## Resultados e Discussão

Serão apresentados, neste momento, os caminhos percorridos pelas mulheres com câncer de mama, traçando sua trajetória desde a descoberta da doença. Para isso, agruparam-se as falas das entrevistadas em dois núcleos temáticos, que são: *Os enredos dos caminhos de cuidado* e *A superação frente ao diagnóstico*.

### Os enredos dos caminhos de cuidado

#### *A descoberta do câncer de mama*

A forma como o câncer de mama foi descoberto pelas mulheres que fizeram parte do estudo reforça que muitas vezes essa descoberta pode ser realizada pela própria mulher ou por outros atores:

Passei a mão e percebi os caroquinhos. Logo fiquei com aquela sensação de que era câncer [12, 64 anos].

Foi em casa, quando fui me passar um óleo para o corpo. Encontrei dois (caroços) e o meu marido encontrou o terceiro na axila [11, 58 anos].

Nestes relatos, nota-se que as mulheres percebem os nódulos ao palparem suas mamas, sendo que em uma delas o esposo participou da descoberta. Embora haja controvérsias acerca da realização do autoexame das mamas, uma vez que as mulheres podem não realizá-lo corretamente, ocorrendo um cuidado inadequado (7), reforça-se que este procedimento, quando bem orientado, pode auxiliar na identificação precoce do câncer mamário.

Destaca-se que o objetivo do autoexame das mamas não é diagnosticar um câncer, e sim, proporcionar à mulher e seu/sua companheiro(a) um maior conhecimento acerca de seu corpo, facilitando a identificação de alterações e promovendo a busca ativa do serviço de saúde com maior brevidade, a fim de ser avaliada por profissionais de saúde capacitados.

A realização do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama não pode ser totalmente excluído, já que para as mulheres se constitui em uma forma de autocuidado e de redução dos casos avançados da doença. O autocuidado é considerado mais importante que o autoexame, uma vez que recebe um conceito mais amplo de saúde, ou seja, o conhecimento sobre a doença e seu corpo e a redução do seu risco. Assim, o processo educativo constitui-se em um componente essencial para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Salienta-se, também, que as pacientes que realizam o autoexame frequentemente aderem mais aos programas de rastreamento mamográfico (8).

Além disso, emergiu em uma das falas a participação masculina na descoberta do nódulo, sendo oportuno salientar que o(a) companheiro(a) pode ser uma importante fonte de informação, colaborando nesta descoberta. E, ainda, acentua-se que a inserção do(a) companheiro(a) neste contexto pode amenizar a angústia e a ansiedade da mulher frente ao possível diagnóstico de câncer.

A presença e a participação do companheiro(a) nesse processo é importante para a mulher, pois a auxilia no favorecimento de um conceito mais elevado de si, na elaboração de sua nova realidade, reabilitação e qualidade da vida matrimonial (9).

Após a descoberta realizada pelas mulheres em seu domicílio, procuraram auxílio dos serviços de saúde para ter um diagnóstico ou confirmar a suspeita de câncer de mama. Para isso, realizaram, também, alguns procedimentos diagnósticos:

[...] Então consultei e ele logo fez a biópsia e em seguida já me operou, ele não retirou toda a mama. [...] Quem retirou o exame depois de um mês fui eu, levei para o médico e ele confirmou que era câncer e que estava no segundo estágio de desenvolvimento, ainda continua no segundo estágio [12, 64 anos].

[...] Fui no INSS fazer uma consulta, a médica mandou que eu fizesse uma mamografia urgente. Depois de dois dias a médica me encaminhou para o hospital, lá pediram uma ultrassonografia. Depois de uma semana fui operada para fazer a biópsia [...]. Eu sabia que era câncer [02, 74 anos].

O bico do meu seio começou a entrar para dentro. Procurei um médico, fiz mamografia [05, 38 anos].

[...] fiz todos os exames de novo, aí a médica do postinho disse que ia me passar para um mastologista porque viu alguma coisa na minha mamografia [01, 52 anos].

Percebe-se nos relatos que os procedimentos mais utilizados para o estabelecimento do diagnóstico foram a mamografia, seguida pela biópsia e por último a ultrassonografia, que foi referida por apenas uma das entrevistadas.

A mamografia é considerada o principal exame para detecção precoce do câncer de mama nos programas de rastreamento desta enfermidade (10). Esse exame permite rastrear e identificar tumores cada vez menores (11). Por conseguinte, a ultrassonografia também é um método importante de avaliação adicional para um diagnóstico clínico das mamas (12).

Com isso, ressalta-se a necessidade de acesso das mulheres a esses métodos diagnósticos, a fim de promover a detecção precoce desta afecção, diminuindo as taxas de morbidade e mortalidade, como forma de melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

### *Os caminhos e os descaminhos*

Quando iniciam sua trajetória, muitos acontecimentos marcam suas vidas. Portanto, neste momento serão apresentados os caminhos e os descaminhos de acesso ao serviço de saúde e os principais entraves durante esse percurso. As falas que seguem expressam as principais facilidades de acesso aos serviços de saúde relatados pelas mulheres:

[...] Fui no posto e pedi para fazer uma mamografia. Fui encaminhada direto para o toque de vida. Depois de dois dias eu consultei com o especialista, ele coletou material, foi para o exame, no dia seguinte já tinha feito todos os exames e o médico já marcou a cirurgia para retirar os três nódulos [11, 58 anos].

[...] Ele logo disse que era câncer. Internei uma semana depois da consulta e logo fiz a cirurgia [...]. Gostei muito do atendimento, fui bem orientada, tive psicólogo para mim e para o meu marido e grupo de apoio [05, 38 anos].

[...] Dificuldade financeira eu não tive porque a prefeitura me ajuda no transporte [12, 64 anos].

[...] Tinha uma amiga que era enfermeira, ela me disse por que eu não ia para o Mama Vida [...] e eu fui. Foi aí que começou todo o atendimento [...] eu nem sabia, porque a gente quando não tem problema, tu não sabe nada, até surgir o problema, aí tu vai bisbilhotar [01, 52 anos].

Nos relatos, percebe-se a rapidez do atendimento, desde a procura da mulher pelo serviço de saúde, passando pelo especialista e a realização de exames até o tratamento. Além disso, para uma das mulheres conhecer um profissional de saúde inserido no serviço, constituiu-se como um facilitador na sua trajetória terapêutica.

Nessa perspectiva, o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de prevenção, as intervenções efetivas e as estratégias diagnósticas e terapêuticas disponíveis e de qualidade interferem positivamente na sobrevivência dos pacientes (13).

Em um dos relatos também aparece como meio de ajuda a prefeitura, que ao disponibilizar transporte auxilia neste percurso, amenizando as dificuldades econômicas e favorecendo a continuidade do tratamento.

Emergiu em outra fala, a satisfação da mulher em relação ao atendimento, por ter sido bem orientada e ter participado de grupo de apoio juntamente com o seu esposo. No que diz respeito ao grupo de apoio, este possibilita que as mulheres com câncer de mama compartilhem seus sentimentos, dúvidas e perspectivas sobre o processo de adoecimento, o que promove seu empoderamento e atitudes positivas diante das adversidades (14, 15). Ainda, a convivência em grupos de apoio proporciona a troca de experiências e informações sobre atividades de lazer, melhorando a autoestima.

Além disso, é importante o engajamento do(a) companheiro(a) no grupo de ajuda, favorecendo o melhor entendimento deste(a) sobre o câncer de mama, para que possa enfrentar este momento de crise, dando suporte e apoio a sua mulher.

Após a detecção do nódulo, embora as mulheres tenham procurado atendimento, algumas tiveram dificuldades que desfavoreceram o diagnóstico precoce:

[...] e ele disse que não era nada, que retornaria ao normal com a menopausa. Com o tempo comecei a ficar apavorada com o jeito que estava ficando o bico do meu seio [...]. Fui consultar em outra médica, ela olhou, mas não quis me falar nada. Disse para minha irmã que eu devia ir num especialista. No mesmo dia consultei com o especialista [05, 38 anos].

Logo que eu cheguei, ele disse que era um tumor, porque o de Bagé disse que não era, que era só um nódulo [14, 62 anos].

[...] Em 2004 fiz uma sequência de duas mamografias, os médicos de Pelotas que me tratavam há 20 anos me disseram que era só uma calcificação, fiquei tranquila e fui para Camboriu [...]. Na época estava com problema financeiro, sem dinheiro, fui tentar fazer de graça [...]. Fui no hospital [...] disse que não tinha como pagar esse exame agora, aí a moça mandou eu ir no Centro de Saúde, eu fui, a atendente que me atendeu lá, muito fria por sinal [...] disse que talvez dali uns dois ou três meses eu conseguisse [01, 52 anos].

Observa-se nas falas das depoentes que a maioria retratou como principal dificuldade a conduta profissional. Além disso, outros problemas relatados foram a questão financeira e a dificuldade de acesso rápido aos exames pelo Sistema Único de Saúde (sus).

No terceiro relato, fica evidente a dificuldade desta mulher em realizar os exames pelo sus e o seu descontentamento frente ao atendimento prestado por um profissional no Centro de Saúde, o que poderia fazer com que esta paciente não voltasse a procurar o sistema de saúde, agravando, desta forma, sua situação.

Diante do contexto apresentado, observam-se dificuldades na obtenção da resolutividade dos problemas de saúde do paciente, mediante entraves na trajetória nos serviços de saúde. Essa resolutividade pode ocorrer a partir de uma atenção acolhedora e da responsabilização dos profissionais (16). Entretanto, quando não há resolução, algumas pessoas ultrapassam as barreiras encontradas no caminho, pois procuram descobrir e desenvolver estratégias a fim de solucionarem seus problemas de saúde.

Ainda, sabe-se que em alguns serviços de saúde é comum as pessoas procurarem ajuda e se depararem com profissionais pouco acolhedores, arrogantes, ríspidos, indelicados e até grosseiros, que não

“olham na cara”. Nesses casos, ocorre o aumento da insegurança, da insatisfação e da frustração por parte dos pacientes, gerando desarmonia (17).

Entende-se que é de suma importância a melhoria do acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento prestado, vislumbrando o relacionamento interpessoal e o cuidado integral ao ser humano, colocando em prática os princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo sus.

### ***A superação frente ao diagnóstico***

#### *A importância de saber o diagnóstico para superá-lo*

No que se refere ao diagnóstico do câncer de mama, evidencia-se nas falas da maioria das mulheres deste estudo, o reconhecimento de seu diagnóstico:

[...] sei o diagnóstico, é câncer de mama. O médico me disse que era câncer [...]. Acho que a gente tem que saber o que tem [12, 64 anos].

Para mim, era câncer. Podia ser benigno, eu acho que não era maligno com certeza. Eu não sei, porque não li toda aquela papelada [...]. É muito importante saber o diagnóstico [02, 74 anos].

[...] câncer de mama maligno [...]. Achei importante saber o diagnóstico [05, 38 anos].



[...] mas era um carcinoma de III grau com adiposo como se diz, infiltrante que significa maligno. Era pequenininho, mas era maligno. [...] a pessoa tem que saber o que tem [...]. Uma pessoa mais jovem tem que contar mesmo para lutar por alguma coisa, para lutar pela vida, para ver, pagando para ver [01, 52 anos].

Observa-se nos relatos que as mulheres foram informadas acerca de seu diagnóstico, no entanto, as mesmas têm pouca clareza sobre o que é o câncer. Por isso, considera-se extremamente relevante que os pacientes sejam informados sobre o seu diagnóstico, a fim de tornarem-se agentes ativos em seu processo saúde-doença, estimulando-se a autonomia para a escolha de qual caminho seguir.

Nesse contexto, é importante salientar que, embora um indivíduo seja submetido a uma mesma situação, a sua resposta pode variar em relação ao outro, a depender de sua personalidade e vivência, dando origem a diferentes respostas comportamentais. Assim, é possível afirmar que o ser humano tem capacidade adaptativa diante das diversas situações geradas pelo câncer (18).

Ainda, muitas transformações biológicas são geradas pelo câncer de mama, entretanto, existe um vínculo imutável entre os elementos físico, mental e espiritual. Essa fusão torna o ser humano carregado de subjetividade e dotado de especificidades que caracterizam a resposta de cada um frente às situações de adoecimento (19, 20).

### *A superação*

Neste tema, vê-se o quanto as mulheres são fortes e lutadoras. Apesar de ser difícil o diagnóstico de câncer de mama, elas mostram-se dispostas a enfrentar tudo, sem medo, vergonha e preconceito. Desta forma, será abordada a superação frente a esse difícil diagnóstico e as mudanças e adaptações referidas pelas mulheres a partir da descoberta e tratamento do câncer.

Emergem nas falas a seguir, demonstrações de coragem perante a doença e o tratamento, ressaltando-se a vontade de viver que essas mulheres apresentam:

Me sinto uma guerreira, nunca escondi de ninguém sobre a doença. Não me entreguei [12, 64 anos].

No dia que achei o caroço, logo imaginei que era câncer. Aceitei tudo na maior naturalidade, se a pessoa é depressiva com isso, nem cura [...]. Tive uma imensa vontade de ficar boa, uma coragem, nunca tive medo de morrer, eu acho que estou curada [02, 74 anos].

É difícil, mas enfrentei. Eu não sou a primeira e nem a última. Sempre tive muita coragem, até para passar para meu marido. O importante é vencer e lutar [11, 58 anos].

[...] Sem medo nenhum, eu não tenho medo, eu acho assim, se eu tiver que fazer alguma coisa que vá ser útil para o outro, que eu fique. Se tiver que ir, estou preparada [01, 52 anos].

Notam-se as diferentes reações nos relatos, quando algumas mulheres referiram não terem sido afetadas pelo diagnóstico, enquanto outras disseram que foi difícil, mas enfrentaram. Em geral, as mulheres deste estudo procuraram enfrentar a doença sem escondê-la de ninguém, sem medo, como guerreiras, lutando por suas vidas e pela cura.

Acredita-se que as mulheres têm diferentes reações comportamentais perante o diagnóstico de câncer por pertencerem a contextos diferentes (18). É importante frisar, que cada ser é único, com características próprias, devendo ser tratado como tal, portanto, o enfrentamento da doença dependerá do agir e do reagir frente às mudanças ocorridas no adoecer por câncer (21, 22).

Deste modo, as mulheres com câncer acabam aderindo a todo o tipo de tratamento estabelecido pelos profissionais de saúde, sem interrogar a possibilidade de não fazê-lo, pois depositam nesse a esperança de vida e a cura (23).

Também se pode dizer que as mulheres ao descobrir o câncer de mama procuram meios para adaptarem-se a doença, tentam não se deixar afetar por esta e ainda buscam dentro de si toda a coragem para conseguir sobreviver. Assim, neste momento serão apresentadas as mudanças e adaptações que ocorreram na vida das mulheres em decorrência do diagnóstico de câncer de mama:

[...] quem sabe fiquei até melhor. A gente aprende a viver diferente quando passa por uma doença [...]. Eu estou melhor, minha cor melhorou, deixei de fumar, examino meus olhos, pele, unhas e o seio. Sempre tive muita energia [02, 74 anos].

Na minha vida modificou muita coisa, até a minha cabeça eu acho [05, 38 anos].

Nestes relatos, transparece que ter uma doença que deixa dúvidas quanto à vida e a morte, faz com que a maneira de pensar das mulheres mude. A primeira depoente refere ter passado a cuidar-se mais, abandonando o vício do cigarro e prestando mais atenção em seu corpo.

Quando as mulheres passam por este tipo de conflito, o qual ocorre devido às modificações impostas pela doença, começam a dar mais valor à vida, procurando desenvolver atividades que lhes satisfazem e que as deixem felizes. Além disso, a autovalorização e o pensar em si foram evidenciados em um estudo a partir da experiência de ser portadora de câncer de mama, no qual também foi observada a transformação dessa vivência arrasadora para uma lição de vida positiva (24).

Estudo realizado na Colômbia apresentou como resultado, que a experiência de viver com câncer de mama modificou a existência das mulheres em todos os âmbitos, fazendo com que estas passassem a valorizar mais as suas próprias necessidades, promovendo o autocuidado, a valorização pessoal e a qualidade de vida (25).

Assim, pensa-se que quando a mulher com diagnóstico conhecido de câncer de mama estabelece novos propósitos em sua vida, ela se adapta e se renova, sendo capaz de superar e enfrentar qualquer dificuldade, inclusive os caminhos tortuosos desta doença estigmatizante.

## Considerações finais

Ao desenvolver este estudo, percebeu-se que os caminhos que a mulher acometida por câncer de mama percorre envolvem tanto facilidades quanto dificuldades, sendo trilhados por cada mulher de maneira diferente, mas ao mesmo tempo muito semelhante.

Ressalta-se que os profissionais de saúde são importantes atores no processo saúde-doença, pois suas orientações e condutas influenciam de maneira significativa no percurso da pessoa doente. O enfermeiro, em especial, pode desenvolver ações que objetivem esclarecer dúvidas e possibilitar maior segurança para o paciente. Também faz parte de seu papel, como cuidador, estimular o autocuidado e a autoestima.

Os serviços e os profissionais de saúde podem atuar como facilitadores nesta trajetória. Quando as mulheres têm seu acesso facilitado, conseguem transitar com facilidade de um serviço para o outro e recebem um cuidado qualificado, prestado por profissionais capacitados, que visam o bem-estar e a autonomia dessas. No entanto, os serviços e profissionais também podem ser considerados entraves neste percurso, quando as mulheres não conseguem acesso aos exames, têm dificuldade de comunicação com os profissionais e sentem-se desamparadas, o que pode dificultar também a superação da doença.

Considera-se importante, para a construção da superação do câncer de mama, que as mulheres tenham o conhecimento de seu diagnóstico de forma clara e segura, pois pode favorecer a busca da cura ou ao menos do seu bem-estar físico e emocional e de seus familiares. Saber o que tem é importante para avaliar o que se pode fazer para ser uma pessoa ativa neste processo.

Assim, ressalta-se a importância dos profissionais e dos serviços de saúde estarem preparados para acolher as mulheres em situação de enfermidade, pois o apoio e a orientação são imprescindíveis para a sua reabilitação.

Destaca-se que uma limitação deste estudo constitui o número reduzido de participantes, o que inviabilizou possíveis generalizações, porém possibilitou evidenciar e conhecer com profundidade a realidade vivenciada pelas participantes. Com isso, sugere-se a realização de estudos multicêntricos ou multiculturais envolvendo esta temática.

## Agradecimentos

Em reconhecimento a participação da Professora Doutora Eda Schwartz como orientadora do estudo, fazemos um agradecimento especial ao seu apoio para o desenvolvimento deste.

## Referências

- (1) Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
- (2) Moura FM, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJ. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(3):477-484.

- (3) Ferreira AB. *Dicionário Aurélio Ilustrado. Novo acordo ortográfico.* Curitiba: Positivo; 2008.

- (4) Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 13ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

- (5) República Federativa do Brasil. Resolução COFEN nº 311/2007, aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (08/02/2007).

- (6) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (10/10/1996).

- (7) Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MD, Previdelli IT. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):940-946.

- (8) Menke CH, Delazeri GJ. Autoexame ou autoengano? *FEMINA.* 2010;38(1):3-6.

- (9) Andolhe R, Guido LA, Bianchi ER. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):711-720.

- (10) Malta DC, Jorge AO. Análise de tendência de citologia oncótica e mamografia das capitais brasileiras. *Cienc Cult.* 2014;66(1):25-29.

- (11) Buitrago F, Uemura G, Sena MC. Fatores prognósticos em câncer de mama. *Com Ciências Saúde.* 2011;22(Supp 1):69-82.

- (12) Vasconcelos RG, Uemura G, Schirmbeck T, Vieira KM. Ultrassonografia mamária: Aspectos contemporâneos. *Com Ciências Saúde.* 2011;22(Supp 1):129-140.

- (13) Santos RS, Melo EC. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):410-416.

- (14) Santos MA, Prado MA, Panobianco MS, Almeida AM. Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. *Rev SPAGESP.* 2011;12(2):27-33.

- (15) Martins MM, Peres RS. Fatores terapêuticos em grupo de apoio a mulheres com câncer de mama. *Psic Saúde Doenças*. 2014;15(2):396-408.
- (16) Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MA. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):345-351.
- (17) Tesser CD. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface Comum Saúde Educ*. 2009;13(31):273-286.
- (18) Santos LR, Tavares GB, Dos Reis PE. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o Modelo Adaptativo de Roy. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012;16(3):459-465.
- (19) Silva FM. A transformação do corpo erógeno e do narcisismo no câncer de mama: entre amputação do corpo biológico e reconstrução do corpo erótico. Um olhar inspirado no conceito de “subversão libidinal” de Christophe Dejours. *Psic Rev São Paulo*. 2009;18(1):67-80.
- (20) Nascimento KT, Fonsêca LC, Andrade SS, Leite KN, Costa TF, Oliveira SH. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):108-114.
- (21) Angelo M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. *Mundo Saúde*. 2010;34(4):437-443.
- (22) Andrade GN, Panza AR, Vargens OM. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011;10(1):82-88.
- (23) Salci MA, Marcon SS. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):558-566.
- (24) Fabbro MR, Westin UM. Histórias de vida e câncer de mama: revendo a vida. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009;8(3):403-410.
- (25) Ceballos GJ, Giraldo CV. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*. 2011;11(2):140-157.

# Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español

Validade e confiabilidade de uma escala de cuidado profissional em espanhol

Validity and reliability of a caring professional scale in spanish

• Lucy Marcela Vesga Gualdrón<sup>1</sup> • Carmen Helena Ruiz de Cárdenas<sup>2</sup> •

•1• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal. Enfermera, Clínica del Country, Sala de Partos. Bogotá, Colombia. E-mail: lmvesgag@unaledu.co

•2• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 24/07/2014 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.44488>



## Resumen

La Escala de Cuidado Profesional es derivada de la *Caring Professional Scale* (CPS) de la Dra. Swanson y permite la medición del cuidado en un ambiente ambulatorio y hospitalario.

**Objetivo:** Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional versión en español, año 2011, en la atención ofrecida a las mujeres gestantes en una localidad de la ciudad de Bogotá, Colombia.

**Metodología:** Estudio metodológico en el que se aplicaron pruebas para la Validez Facial con una muestra heterogénea de 471 mujeres con un nivel académico bajo. La Validez de Contenido fue realizada por un panel de 11 enfermeras expertas, quienes juzgaron la importancia de los ítems; y la Validez de Constructo y Confiabilidad, con una muestra de 150 mujeres gestantes que acudían al control prenatal.

**Resultados:** La comprensibilidad bruta superó el 94%. Reveló una Validez de Contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de 0,893. Mostró un *Alfa de Cronbach* de 0,907. El constructo reconoció en su estructura teórica dos factores: *Sanador compasivo* y *Sanador competente*.

**Conclusión:** La escala es altamente comprensible, con gran validez de contenido de acuerdo al criterio de expertos y con un alto nivel de confiabilidad; además, mide el constructo de cuidado profesional.

**Descriptores:** Atención de Enfermería; Enfermería Obstétrica; Investigación Metodológica en Enfermería (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

A *Escala de Cuidado Profissional* é derivada da *Caring Professional Scale* (CPS) da Dr. Swanson e permite a medição do atendimento ambulatorial e hospitalar.

**Objetivo:** Determinar a validade e a confiabilidade da Escala de Cuidados Profissionais, versão em espanhol, 2011, no cuidado oferecido a mulheres grávidas em uma localidade da cidade de Bogotá, Colômbia.

**Metodologia:** Estudo metodológico, onde os testes de Validade Facial fora, aplicados a uma amostra heterogênea de 471 mulheres com um nível acadêmico baixo. A validade de conteúdo foi realizada por um painel de 11 enfermeiros especialistas, que julgaram a importância dos itens; e a validade de constructo e confiabilidade, com uma amostra de 150 mulheres grávidas que frequentavam o pré-natal.

**Resultados:** A compreensibilidade bruta ultrapassou 94%. Ela revelou um índice de Validade de Conteúdo Global de 0,893. Mostrou um *Alfa de Cronbach* de 0,907. A construção de sua estrutura teórica reconhece dois fatores: *Curador compassivo* e *Curador eficiente*.

**Conclusão:** A escala é altamente compreensível, com grande validade de conteúdo de acordo com o parecer de peritos e um alto nível de confiabilidade, além disso, mede a construção do cuidado profissional.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Pesquisa Metodológica em Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

The *Escala de Cuidado Profesional* resulted from the *Caring Professional Scale* (CPS) of Dr. Swanson and it allows the measurement of ambulatory care and hospital environment

**Objective:** To determine the validity and reliability of the Professional Care Scale-Spanish version, 2011, in the care offered to pregnant women in a locality of Bogota city, Colombia.

**Methodology:** Methodological study where tests for Facial Validity were applied to a heterogeneous sample of 471 women with low academic level. Content Validity was conducted by a panel of 11 expert nurses, who judged the importance of the items. Construct Validity and Reliability was made with a sample of 150 pregnant women attending prenatal care.

**Results:** Gross understandability exceeded 94%. The scale revealed a global content validity with a content validity index of 0.893. The scale obtained a Cronbach's Alpha of 0.907. The construct recognizes two factors in its theoretical structure: *Compassionate healer* and *Proficient healer*.

**Conclusion:** The scale is highly understandable, with great content validity according to expert judgment and a high level of reliability. Moreover, it measures the construct of professional care.

**Descriptors:** Nursing Care; Obstetric Nursing; Nursing Methodology Research (source: DECS BIREME).

## Introducción

El control prenatal es una estrategia que ha mostrado beneficios en la salud materna y perinatal (1-3). Con el paso del tiempo, las investigaciones han centrado su atención en la importancia del cumplimiento de protocolos y se han modificado las conductas de atención (4-7). Sin embargo, la baja adherencia a esta práctica ha permitido identificar aspectos distintos a la competencia y habilidades cognitivas de los prestadores de salud como altamente influyentes en la asistencia y satisfacción de las madres. Entre estos aspectos, se encuentran la comprensión cultural de las mujeres y su influencia en los cuidados durante la gestación (8, 9), el cuidado humano (10, 11) y la comprensión de la experiencia y las necesidades reales (12).

Puede decirse que a partir de investigaciones predominantemente cualitativas se ha identificado que las madres se sienten criticadas por los prestadores de salud, que se establece una comunicación inefectiva y que creen ser atendidas sin interés en su condición particular, señalando la importancia y la necesidad de la continuidad del cuidador en la atención prenatal (13-16).

En contraste, investigaciones que estudian el significado que tiene para los prestadores de salud el cuidado materno perinatal muestran que se percibe como un escenario técnico, una oportunidad de interacción/satisfacción y como una preocupación por lograr franquear las barreras que impone el sistema para brindar atención de buena calidad a las gestantes (17). Lo anterior permite identificar dos componentes trascendentales en la prestación del cuidado materno perinatal, pues se consideran muy importantes aspectos de calificación cognitiva y habilidades procedimentales, pero de manera equivalente las habilidades de ofrecer cuidado humanizado.

La motivación de medir la percepción que tienen las madres gestantes de la atención prenatal, lejos de evaluar condiciones de infraestructura y accesibilidad que se encuentran fuera del perímetro de acción de las enfermeras que ofrecen el cuidado real en nuestro país, orientó a la revisión de algunas escalas de medición objetiva en español (18-20). Entre ellas, se contemplaron escalas de

cuidado humanizado, de conducta ética del cuidado, de satisfacción con el cuidado y de cuidado profesional. El análisis detallado de cada instrumento permitió ver que la Escala de Cuidado Profesional (ECP) está construida por dos dimensiones: el *Sanador competente*, que valora las habilidades cognitivas del prestador de la atención; y el *Sanador compasivo*, que evalúa la capacidad de ofrecer cuidado humanizado (20).

Es una escala que soporta la teoría de mediano rango *Teoría de los cuidados* y que además fue derivada de una exhaustiva revisión de la literatura que contempló comportamientos considerados previamente por autores como Wolf, Gardner, Mayer y Larson (21). Fue presentada como un inventario de comportamientos de cuidado (22) que años más tarde se sometió a un proceso de traducción al español y adaptación transcultural al contexto colombiano (20), pero que carecía de pruebas de validez y confiabilidad.

Las propiedades psicométricas de la versión original, el detallado proceso de construcción, las dos dimensiones que componen el constructo y la rigurosa adaptación al contexto colombiano inspiraron el objetivo de esta investigación, que presenta a la comunidad científica el proceso metodológico mediante el cual se provee de propiedades métricas óptimas a la Escala de Cuidado Profesional, versión en español.

## Metodología

Esta investigación se desarrolló con un diseño metodológico y empleó pruebas para la Validez Facial, de Contenido, Constructo y Consistencia Interna (23). Para realizar la Validez de Contenido, se empleó la prueba conocida como *Prueba de expertos*, con la cual los panelistas realizaron una evaluación de acuerdo con el modelo definido por Lawshe y modificado por Tristán (24) que valoró cada ítem en tres categorías: *Esencial*, *Útil pero no esencial* y *No necesario*. Se contó con el concepto de 11 expertas, se realizaron los ajustes sugeridos por las expertas y se procedió a refinar la Validez Facial. Para ello, se empleó una muestra de 471 mujeres (confianza del 97% y error del 5%), las cuales fueron abordadas en un centro de reclusión carcelario y en colegios de bachillerato. La muestra fue seleccionada procurando el menor nivel académico y socioeconómico.

Así mismo, se midió la comprensibilidad de los ítems. Los criterios de inclusión para esta fase de la investigación fueron ser mujer y saber leer y escribir en idioma español. Los resultados mostraron baja comprensión de los ítems 2, 11 y 12. Por consiguiente, se calculó una nueva muestra de 104 mujeres de las mismas características para evaluar la comprensibilidad de estas preguntas luego de algunos cambios semánticos. Una vez se dispuso de una escala con un contenido apropiado y una fácil comprensión de cada pregunta, se aplicó a 150 mujeres gestantes.

Por otra parte, se tuvo en cuenta la recomendación de encontrar un número que se encontrara dentro del rango recomendado, definido entre 5 y 20 participantes por el número de ítems del cuestionario validado (25). Se seleccionó el punto intermedio de 10 participantes por cada ítem de la escala. Luego, se realizó una aplicación de la escala con una opción de respuesta dicotómica de Sí o No, de acuerdo con la adaptación transcultural y semántica realizada en el 2011 a la Escala de Cuidado Profesional (20).

Se recogió una muestra de 150 mujeres gestantes y se aplicó el Análisis Factorial mediante la extracción de componentes principales, cuyos resultados reflejaban datos muy uniformes que no permitían identificar el constructo de la escala. En este sentido, se hizo la siguiente consideración: la escala original presenta una opción de respuesta tipo *Likert* con cinco posibilidades de respuesta. La escala adaptada al español sometió a valoración de las gestantes cuál era la mejor opción para responder la escala, motivo por el cual cambió la forma original de respuesta.

Se realizó una segunda aplicación de la escala en una nueva muestra de 150 mujeres gestantes que acudían a su control prenatal, empleando esta vez una escala de respuesta de cuatro opciones: *Siempre*, *La mayoría de las veces*, *Algunas veces sí* y *Algunas veces no* y *Nunca*. Los criterios de inclusión fueron ser mujer gestante sin importar su edad cronológica, gestacional o su paridad, acudir al control prenatal por enfermería en el primer semestre del año 2013 en la localidad de Engativá en la ciudad de Bogotá y saber leer y escribir en idioma español. El criterio de exclusión general empleado para la investigación fue presentar discapacidad mental o cognitiva. Ante la sospecha de esta situación, se dispuso de una escala para realizar el diagnóstico y excluir la participante.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y la del Hospital de Engativá. Todas las participantes expresaron su consentimiento o asentimiento informado y se contemplaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia contemplados en la Resolución 008430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud.

## Resultados

La Tabla 1 muestra las herramientas empleadas para el análisis de la Validez y Confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional.

**Tabla 1.** Herramientas empleadas para el análisis de la investigación

Evidencia de validez	Pruebas empleadas
Validez de Contenido	Índice de Lawshe modificado Concordancia entre expertos: Kappa de Fleiss
Validez Facial	Análisis de Comprensibilidad
Validez de Constructo	Análisis Factorial
Confiabilidad: Consistencia Interna	Alfa de Cronbach

**Fuente:** Datos de la investigación.

La validez de contenido se refiere a que los aspectos que se miden en la escala se relacionen directamente con el concepto de cuidado profesional (25). Se determinó a través de la prueba de expertos y participaron 11 expertas de áreas diversas del cuidado incluido el cuidado materno perinatal. Esta selección obedeció a que la escala original está diseñada para evaluar la relación de cuidado profesional-paciente en cualquier contexto donde se establezca. El número nutrido de convocadas fue una medida para asegurar la pluralidad de criterio. Las panelistas escogidas tenían formación académica universitaria, en especialización, en maestría y en doctorado. Las expertas que poseen formación universitaria son enfermeras clínicas con más de 20 años de experiencia en instituciones reconocidas por su desempeño.

Antes de realizar los análisis para obtener el Índice de Validez de Contenido, se aplicó el índice denominado *Kappa de Fleiss*, que tuvo el objetivo de evaluar la concordancia del acuerdo entre



las expertas que efectuaron una evaluación categórica de la escala (26). Ésta es una medida importante que disminuye el error de medición, que en la mayoría de los casos es producto de la variabilidad interobservador, cuya magnitud es posible de estimar a través de los llamados *estudios de concordancia*, los cuales se emplean para estimar hasta qué punto dos o varios observadores coinciden en su medición (26).

De acuerdo con lo expuesto por Landis y Koch en 1977 respecto a la interpretación de los valores del *Coefficiente de Kappa* encontrados en el presente análisis, se consideró una fuerza de concordancia interevaluador *moderada*, esto es: de 0,41 a 0,60 (26, 27). En concordancia con lo anterior y las observaciones generadas por los expertos que fueron analizadas subjetivamente, se decidió realizar un ajuste semántico a cinco de las preguntas que reportaron menor nivel de acuerdo y a su vez las más sometidas a juicios y observaciones. Las preguntas ajustadas fueron los ítems 5, 6, 8, 9 y 12.

Una vez ajustado el fraseo de las preguntas, se enviaron nuevamente para evaluación del panel de expertos, el cual sólo fue atendido por 10 de las

11 expertas que conformaron el panel de expertos inicial. Una vez captadas las respuestas, se procedió a realizar un nuevo cálculo del *Coefficiente de Kappa*, que en efecto mejoró el valor, pero sigue reflejando una fuerza de concordancia moderada (0,4604). Verificada la fuerza del acuerdo de los evaluadores, se realizó el cálculo del Índice de Validez de Contenido de Lawshe, modificado por Tristán.

Se logra una alta validez de contenido cuando se consigue un Índice de Validez de Contenido Global (ivcg) de 0,80 (24, 28). La escala reveló una alta validez de contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de 0,893 y una validez por cada una de las dimensiones que supera los valores establecidos en la literatura. Puede verse el análisis de cada ítem en la Tabla 2. Cabe aclarar que sólo el ítem 2 no alcanzó un valor aceptable de Validez de Contenido, el cual establece en el modelo de Lawshe modificado por Tristán el valor mínimo como 0,5823 (24, 28).

**Tabla 2.** Análisis para la Validez de Contenido: *Kappa de Fleiss* e *Índice de Lawshe*

Ítem de la escala	Kappa con 11 evaluadores	Kappa con 10 evaluadores	Índice de Validez de contenido de Lawshe
1. ¿La hizo sentir bien?	0,8182	0,8	0,9
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	0,4545	0,4667	0,5
3. ¿La escuchó con atención?	1	1	1
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	1	1	1
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?	0,5636	1	1
6. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	0,4545	1	1
7. ¿Fue respetuosa con usted?	1	1	1
8. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	0,4909	0,8	0,8
9. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	0,6727	1	1
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	0,8182	0,8	0,9
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	0,8182	0,8	0,9
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	0,5273	1	1
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	0,8182	0,8	0,9
14. ¿Fue amable con usted?	0,6727	0,6444	0,8
15. ¿La trató como persona?	0,5636	0,6444	0,7
<b>Escala</b>	<b>0,4156</b>	<b>0,4604</b>	<b>0,8933</b>

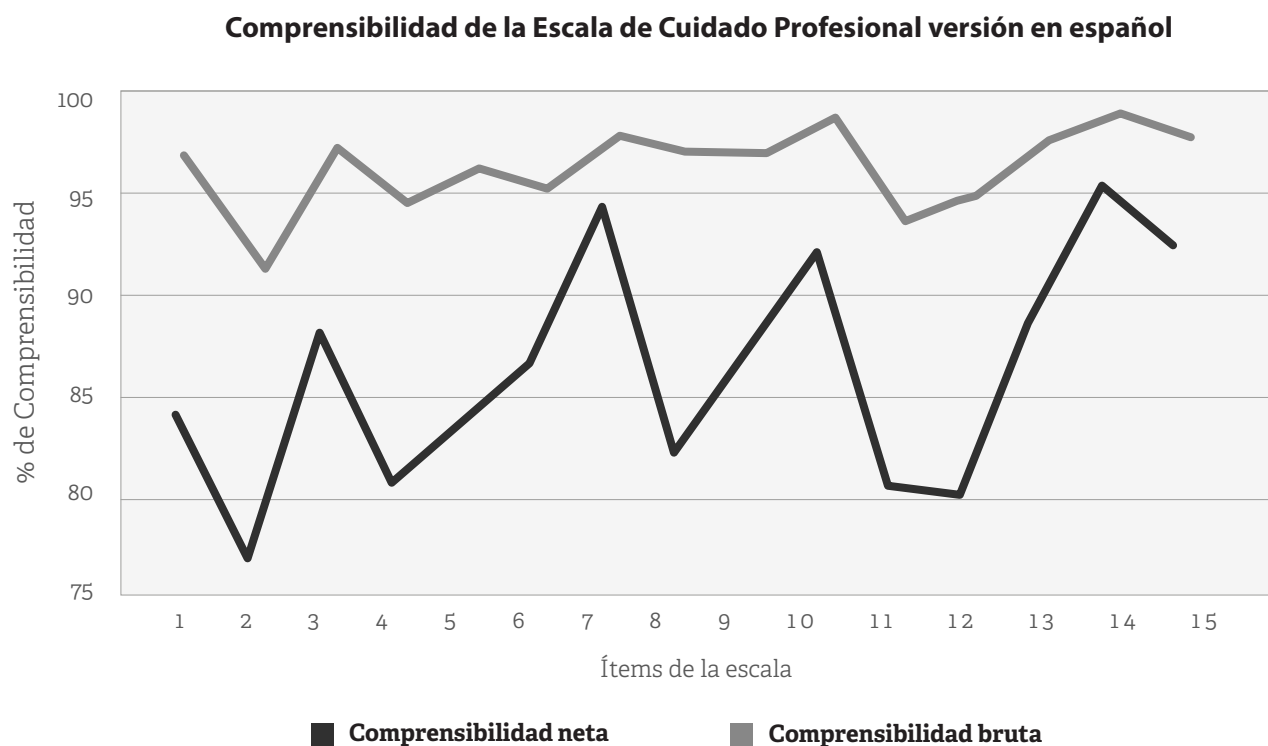
**Fuente:** Datos de la investigación.

## Validez Facial

Para el desarrollo de esta fase, se evaluó la comprensibilidad de cada uno de los ítems que componen la escala observando la comprensibilidad bruta y neta que para las participantes tenía cada uno de los ítems. La *comprensibilidad* neta fue entendida como el porcentaje de participantes que respondían *La comprendo*, como opción de respuesta a la

valoración de cada pregunta. La *comprensibilidad bruta* fue entendida con el porcentaje de participantes que *comprendían poco o completamente* el enunciado del ítem. En la Figura 1 pueden observarse los resultados de la comprensibilidad expresados porcentualmente.

**Figura 1.** Comprensibilidad de la Escala de Cuidado Profesional, versión en español, 2011



**Fuente:** Datos de la investigación.

Como puede observarse, la *comprensibilidad neta* muestra dificultades de comprensión de los ítems 2, 11 y 12 que se encuentran muy cerca del 80% de comprensibilidad, nivel establecido como mínimo, obedeciendo al mayor rigor para concluir una adecuada comprensibilidad de la pregunta. Se encontró en las observaciones que en el ítem 2 la palabra *optimista* se convierte en causa de incomprensión. Como en los ítems 11 y 12 las participantes referían no comprender la expresión *control prenatal*, fue necesario ajustar el fraseo de estos tres ítems.

Realizado el ajuste, se calculó una nueva muestra de participantes para realizar una nueva valoración de la comprensión de los ítems ajustados, esperando un

nivel de comprensibilidad superior al 95%, con un error del 8%. De esta manera, se estableció como 105 el número de participantes necesarias. Para desarrollar esta nueva valoración, se tuvo preferencia por las mujeres más jóvenes, que se abordaron en Bogotá y el departamento del Santander, los dos lugares reportados de mayor procedencia en la prueba que antecedió. Los resultados finales se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Comprensibilidad de los ítems de la escala

Ítems	Neta	Bruta
1. ¿La hizo sentir bien?	84,5	96,6
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	75,96	95,19
3. ¿La escuchó con atención?	88,5	97,2
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	80,9	94,7
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?	83,9	96,2
6. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	86,8	95,1
7. ¿Fue respetuosa con usted?	94,3	97,9
8. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	82,4	97,2
9. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	87,5	97,2
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	92,1	98,7
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	89,4	97,1
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	86,54	97,12
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	89	97,7
14. ¿Fue amable con usted?	95,3	98,9
15. ¿La trató como persona?	92,4	97,9

Fuente: Datos de la investigación.

### Validez de Constructo

En primer lugar, se emplearon las pruebas de adecuación muestral de la matriz de datos *Kaiser Meyer Okin* (medida de la adecuación muestral) y *Bartlett* (prueba de esfericidad). En este caso la *KOM* indicó que las variables miden factores comunes, dado que el índice es superior a 0,847. La prueba de esfericidad de *Bartlett* arrojó un *p* valor de 0,000, por lo que permitió continuar con el análisis factorial (29). Luego, se procedió a aplicar el modelo de Análisis Factorial con extracción de componentes principales y se aplicó rotación de factores con el método *Varimax*, por las bondades en la claridad y generalización de los resultados (29). Se encontraron cuatro factores con autovalores superiores a 1, pero la gráfica de sedimentación mostró el punto de inflexión en dos factores (29) con lo que se puede explicar cerca del 56% del constructo subyacente.

Se observó una asociación de siete ítems en un factor y otro compuesto de los ocho restantes (ver Tabla 4). Para esta aplicación de la Escala de Cuidado Profesional con respuesta de cuatro opciones, puede verse que en el constructo yacen dos conceptos o dimensiones: *Sanador compasivo* y *Sanador competente* (ver Tabla 4).

### Confiabilidad

Se aplicó la prueba de *Alfa de Cronbach* para establecer la Consistencia Interna. Esta medida asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del Alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados (30). La consistencia interna de la Escala de Cuidado Profesional para la mujer gestante es de 0,907. En la Tabla 4 se presenta el valor del *Alfa de Cronbach* en cada una de las subescalas.

**Tabla 4.** Escala de Cuidado Profesional con pruebas de validez y confiabilidad

Sanador compasivo (Alfa de Cronbach: 0,852)					
Ítem	Carga factorial	Nunca	Algunas veces sí, algunas no	La mayoría de veces	Siempre
1. ¿La hizo sentir bien?	0,651	1	2	3	4
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	0,739	1	2	3	4
3. ¿La escuchó con atención?	0,659	1	2	3	4
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	0,769	1	2	3	4
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?	0,581	1	2	3	4
6. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	0,690	1	2	3	4
7. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	0,607	1	2	3	4
Sanador competente (Alfa de Cronbach: 0,859)					
8. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	0,833	1	2	3	4
9. ¿Fue respetuosa con usted?	0,807	1	2	3	4
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	0,571	1	2	3	4
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	0,434	1	2	3	4
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	0,639	1	2	3	4
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	0,632	1	2	3	4
14. ¿Fue amable con usted?	0,886	1	2	3	4
15. ¿La trató como persona?	0,467	1	2	3	4

Fuente: Datos de la investigación.

### Interpretación

A continuación se describe sintéticamente la interpretación de la escala según el puntaje obtenido:

- *Menor de 23 puntos.* El cuidado profesional será considerado *deficiente*. El trato a los pacientes es con frialdad, como

una “molestia”, lo que lleva a creer que el profesional no ofrece una atención ni comprende al paciente y su situación.

- *De 23 a 37 puntos.* El cuidado profesional será considerado *regular*. Se define como “neutral”. La atención es básicamente apática o individual, no de persona a persona. La vida o los niveles de energía no mejoran ni son disminuidos.
- *De 38 a 51 puntos.* El cuidado profesional será considerado *bueno*. La atención es caracterizada como benevolente, amable y preocupada. El resultado de este encuentro es que los niveles de energía son sostenidos o aumentados.
- *De 52 a 60 puntos.* El cuidado profesional será considerado *excelente*. Implica estar completamente presente, con la curación de amor que fluye. La personalidad se reconoce mutuamente, la atención se negocia y la intimidad profesional se produce. Esta relación favorece la libertad espiritual (25).

## Discusión

En las pruebas métricas aplicadas se modificaron siete de los quince ítems que integran la Escala de Cuidado Profesional, lo que representa una modificación del 46,6% de la misma. Estas consideraciones llevan a pensar que estos resultados no pueden considerarse meramente como una adaptación de la versión en inglés, sino como una escala derivada de la escala de autoría de la Dra. Swanson, que mide el cuidado profesional en el contexto cultural colombiano. Sin embargo, debe recordarse que el rigor empleado en la adaptación transcultural garantiza que la versión en español mantiene la misma teoría.

Si se observa la versión original, es un inventario de comportamientos o actividades, mientras que la versión en español organiza la idea principal de cada ítem y la transforma en una pregunta que sea comprensible en el contexto cultural colombiano, que evalúa cualquier relación de cuidado que se establezca. De igual modo, debe contemplarse que la subescala *Sanador compasivo* en la escala original presenta ocho ítems y la subescala *Sanador competente* presenta 7, situación contraria a la de la versión en español. En segundo lugar, las coincidencias de los ítems son de cuatro ítems en cada subescala.

Sin embargo, a pesar de estas diferencias estadísticas, al realizar un análisis teórico de cada ítem y su ubicación dentro de cada concepto (*compasivo* o *competente*), sólo se cuestiona el lugar en el que se ubica el ítem 9. Éste tiene un contenido teórico que apunta a agruparse con los ítems de la subescala *Sanador competente*, pero estadísticamente se ubica en la subescala *Sanador compasivo*, mostrando una carga factorial que supera el 0,6. De la situación observada con este ítem puede pensarse —teniendo en cuenta la experiencia del investigador en la aplicación de la escala— que la influencia cultural afecta la interpretación de la pregunta, pues para algunas mujeres el hecho de *Estar preparada* puede referirse a la disponibilidad de elementos, insumos, estado de ánimo o disposición de tiempo en la agenda del profesional, pero no a la competencia clínica que posee para realizar su cuidado de enfermería.

Con lo anterior debe comprenderse que el idioma español es muy rico en interpretaciones de las palabras, así como recordarse que la adaptación transcultural por la que ya pasó esta escala fue un proceso riguroso (20). Éste puede ser el caso también que afecta la ubicación del ítem 10, que en el contexto cultural de la aplicación de la escala el *Brindar ayuda y colaboración* puede interpretarse como la provisión de elementos, alimentos, medicamentos u otros, pero no como la mera disposición a facilitar su bienestar durante la atención ofrecida. A pesar de estas diferencias, se considera que la versión en español de la escala, que cuenta con Validez Facial, Validez de Contenido, de Constructo y Pruebas de Confiabilidad, mide de manera consistente el constructo *Cuidado profesional* y reconoce que este constructo está integrado por dos dimensiones. Se enfatiza en la importancia de los hallazgos de la escala en cuanto a consistencia interna se refiere, el cual muestra un valor de 0,907, que es muy semejante al valor de consistencia interna que reporta la Dra. Swanson para la escala en versión original.

## Conclusiones

La Escala de Cuidado Profesional (ECP) derivada de la CPS es una escala con propiedades métricas, provista de las cualidades necesarias para ser empleada en futuras investigaciones en cualquier contexto de cuidado. Es un instrumento que puede ser usado con personas hospitalizadas o en el cuidado ambulatorio. Ha sido sometido, mediante la realización de una rigurosa investigación, a las pruebas de Validez y Confiabilidad

que se requieren para validar sus mediciones en el habla hispana y el contexto cultural colombiano. La Validez Facial fue realizada con una muestra heterogénea de mujeres de diversos lugares del país, con un nivel académico predominante bajo, quienes evaluaron la comprensibilidad de cada uno de los ítems de la escalas, los cuales son altamente comprensibles.

La Validez de Contenido de esta escala fue realizada por un nutrido panel de enfermeras expertas, con amplia experiencia y formación académica, quienes dieron su concepto y valoraron la importancia de cada uno de los ítems que integra la escala. La escala reveló una alta Validez de Contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de 0,893. Además, mostró una consistencia interna excelente de un *Alfa de Cronbach* de 0,907. Se presenta a la comunidad científica una escala con un constructo que reconoce en su estructura teórica dos factores: *Sanador compasivo* y *Sanador competente*, altamente comprensible, con gran Validez de Contenido de acuerdo al criterio de expertos y con un alto nivel de Confiabilidad.

## Referencias

- (1) Martins MF. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - uma reflexão. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):1008-1012.
- (2) Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Filha MM, Costa JV. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Suppl 1):85-100.
- (3) Liu CM, Chang SD, Cheng PJ. Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwan J Obstet Gynecol* [serial on the Internet]. 2012 Dec [access: 2014 Jan 15];51(4):576-582. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2012.09.013>
- (4) Baptista RS, Dutra MO, Coura AS, Stélio F. Prenatal care: essential actions developed by nurses. *Enferm Glob.* 2015;14(40):128-142.
- (5) Corrêa MD, Tsunechiro MA, Lima MO, Bonadio IC. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2014 Dec 15];48(Spe 1):23-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600004>
- (6) Saavedra JS, Cesar JA. Use of different criteria to assess inadequate prenatal care: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2015 May [access: 2015 Sep 18];31(5):1003-1014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0201-311X00085014>
- (7) Jiménez s, Pentón RJ. Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. *Clin Invest Gin Obst.* 2015;42(1):2-6.
- (8) Alves CN, Wilhelm LA, Barreto CN, Santos CC, Meincke SM, Ressel LB. Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Sep 18];19(2):265-271. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>
- (9) Santa Rosa PL, Hoga LA, Reis-Queiroz J. "Not worth doing prenatal care": an ethnographic study of a low-income community. *Invest Educ Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Dec 11];33(2):288-296. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26535849>
- (10) Hernández-Betancur AM, Vásquez-Truissi ML. El cuidado de enfermería comprometido: motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev Univ Salud.* 2015;17(1):80-96.
- (11) Jenkins MG, Ford JB, Todd AL, Forsyth R, Morris JM, Roberts CL. Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Dec 11];31(1):25-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24861672>
- (12) Oliveira DC, Mandú EN. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Dec 11];19(1):93-101. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>
- (13) Duarte SJ, Andrade SM, Mamede MV. Maternal decision on obtaining prenatal care: a study in Brazil. *Midwifery.* 2011 Apr;27:160-164.
- (14) Sunil TS, Spears WD, Hook L, Castillo J, Torres C. Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, Texas. *Matern Child Health J.* 2010 Jan;14(1):133-140.

- (15) Mckinnon LC, Prosser SJ, Miller YD. What women want: qualitative analysis of consumer evaluations of maternity care in Queensland, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2014 Oct [access: 2015 Sep 18];14:366. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25344778>
- (16) Huaman LS, Blumenthal PD, Sarnquist CC. Factors influencing women's decision to seek antenatal care in the Andes of Peru. *Matern Child Health J*. 2013 Aug;17(6):1112-1118.
- (17) Cáceres-Manrique FM, Ruiz-Rodríguez M, Hernández-Quirama A. La atención prenatal: una mirada desde los profesionales de la salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2015;66(2):103-109.
- (18) Poblete-Troncoso MC, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*. 2012;12(1):8-21.
- (19) Rodríguez-Gázquez MÁ, Arredondo-Holguín E, Pulgarín-Bilvao LP. Validación de una escala de satisfacción con el cuidado nocturno de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2012;28(3):218-227.
- (20) Posada-Morales MN, Ruiz CH. Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS). *Aquichan*. 2013;13(1):104-117.
- (21) Swanson KM. What is know about caring in nursing science: a literary meta-analysis. In: Hinshaw AD, Feetham SL, Shaver JL (editors). *Handbook of clinical nursing research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 1999. pp. 31-56.
- (22) Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Spring Publishing Company; 2002.
- (23) Montero E. Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. *Actual Psicol*. 2013;27(114):113-128.
- (24) Urrutia MU, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educ Med Super*. 2014;28(3):547-558.
- (25) Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista MP. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México D.F.: McGraw-Hill 2014.
- (26) Czodrowski P. Count on kappa. *J Comput Aided Mol Des*. 2014 Nov;28(11):1049-1055.
- (27) Kvålseth RO. Measurement of interobserver disagreement: correction of Cohen's Kappa for negative values. *J Probab Stat*. 2015;2015(1):1-8.
- (28) Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicol*. 2013;10(2):3-18.
- (29) Campo-Arias A, Herazo E, Oviedo HC. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Rev Colomb Psiquiat* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 11 dic 2015];41(3):659-671. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60036-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60036-6)
- (30) Bonett DG, Wright TA. Cronbach's alpha reliability: interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *J Organiz Behav*. 2015;36(1):3-15.

# Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa

Desenvolvimento da  
pesquisa em saúde  
sexual de mulheres  
com câncer de  
mama: uma revisão  
integrativa

Research development  
in sexual health of  
women with breast  
cáncer: a integrative  
review

• Luz Stella Bueno-Robles<sup>1</sup> • Virginia Inés Soto-Lesmes<sup>2</sup> •

•1• Doctora en Enfermería. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. E-mail: lsbuenor@unal.edu.co

•2• Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Recibido: 26/10/2011 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.57616>



## Resumen

**Objetivo:** Caracterizar la producción científica relacionada con la salud sexual en mujeres con cáncer de mama.

**Metodología:** Revisión integrativa. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scopus, Medline, LILACS y SciELO, así como búsquedas secundarias en revistas científicas. Se encontraron 85 artículos organizados y caracterizados por año, idioma y continente; edad promedio y tipos de tratamiento; metodología, perspectiva, enfoque, diseño, perspectiva disciplinar y tendencia temática.

**Resultados:** La temática reportó mayor producción de conocimiento en los últimos 10 años. La tendencia de investigación se orienta hacia tres categorías: *Salud sexual y cáncer de mama*; *Salud sexual en la mujer y tratamientos del cáncer de mama*; y *Salud sexual y relaciones de pareja*.

**Conclusiones:** La salud sexual en mujeres con cáncer de mama es un aspecto importante en la calidad de vida, que continuamente se ve alterada como resultado de la enfermedad y los efectos adversos de los tratamientos. Esta condición no sólo aqueja a la persona enferma, sino también a su pareja, por lo que se requiere del desarrollo de líneas de acción que permitan dar una atención integral a las mujeres con esta enfermedad.

**Descriptor:** Sexualidad; Salud de la Mujer; Neoplasias de la Mama; Investigación en Enfermería; Relaciones Interpersonales (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Caracterizar a produção científica relacionada com a saúde sexual em mulheres com câncer de mama.

**Metodologia:** Revisão integrativa. Realizou-se uma busca nas bases de dados Scopus, Medline, LILACS e SciELO, assim como buscas secundárias em revistas científicas. Foram achados 85 artigos organizados e caracterizados por ano, idioma e continente; média de idade e tipos de tratamento; metodologia, perspectiva, abordagem, desenho, perspectiva disciplinar e tendência temática.

**Resultados:** A temática reportou maior produção de conhecimento nos últimos 10 anos. A tendência de pesquisa orienta-se em três categorias: *Saúde sexual e câncer de mama*; *Saúde sexual na mulher e tratamentos do câncer de mama*; e *Saúde sexual e relações de casais*.

**Conclusões:** A saúde sexual em mulheres com câncer de mama é um aspecto importante na qualidade de vida, que continuamente se vê alterada como resultado da doença e dos efeitos adversos dos tratamentos. Esta condição não só afeta à pessoa doente, mas também a seu casal, pelo que requer o desenvolvimento de linhas de ação que permitam dar uma atenção integral às mulheres com essa doença.

**Descritores:** Sexualidade; Saúde da Mulher; Neoplasias da Mama; Pesquisa em Enfermagem; Relações Interpessoais (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** Characterize the scientific production regarding sexual health of women with breast cancer.

**Methodology:** Integrative review. A search was performed in databases Scopus, Medline, LILACS, and SciELO; a secondary search in scientific journals was carried out. 85 articles were found with characterization by year, language, continent; mean age and types of treatment; methodology, perspective, approach, design, disciplinary approach, and thematic trend.

**Results:** The topic of sexual health of women had a higher production in the last 10 years. The research trends are clustered in three categories: *Sexual health and breast cancer*; *Women sexual health and treatment of breast cancer*; and *Sexual health and relationships*.

**Conclusions:** Sexual health in women with breast cancer is an important aspect of quality of life, continually altered as a result of disease and adverse effects of treatments, which is a condition that not only afflict the sick person, but also her partner. Therefore, the development of action lines to provide comprehensive care to women with breast cancer is required.

**Descriptors:** Sexuality; Women's Health; Breast Neoplasms; Nursing Research; Interpersonal Relations (source: DECS BIREME).



## Introducción

En 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó la importancia de la salud sexual y retomó la labor sobre esta temática en el año 2 000 junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), definiendo la salud sexual como “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (1). Así mismo, la entidad ha reconocido que las enfermedades y tratamientos pueden contribuir a la presencia de alteraciones en la salud sexual (1).

Actualmente, el cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más común en el mundo, pues es el más frecuente en las mujeres, con un estimado de 1,67 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados en el 2012 —25 % de todos los cánceres— (2). El Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos reporta a nivel mundial una incidencia actual del cáncer de mama de 125 por cada 100 000 habitantes. En definitiva, se estima que el 12,3% de las mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama en algún momento de su vida.

Los años de supervivencia de este tipo de pacientes dependen de la detección temprana. De esta manera, el 61% se diagnostica en un estadio localizado, logrando una supervivencia de cinco años hasta del 89,7% (3). Sin embargo, esto significa que cada día se encontrará mayor número de mujeres afectadas en su salud sexual, alcanzando proporciones significativas que van del 32 al 93% de las mujeres afectadas (4). Esta condición se puede presentar en diferentes momentos, los cuales van desde el inicio del diagnóstico hasta después del tratamiento (5), debido a una gran variedad de causas biológicas, psicológicas y diádicas —es decir, de pareja (6).

En mujeres que padecen esta afección, la dimensión física es una de las que principalmente resulta afectada, lo que incluso genera problemas en su salud sexual (1). Así mismo, la dimensión psicológico-emocional y social de estos pacientes es de trascendental atención por parte de la comunidad académica, dado que su alteración impacta el bienestar de la mujer.

Por lo tanto, dada la magnitud de la temática en la situación actual de salud en las mujeres, el presente artículo plantea como objetivo caracterizar la producción científica relacionada con la salud sexual en mujeres con cáncer de mama, con el propósito de conocer la tendencia del conocimiento desarrollado y destacar la relevancia para la comunidad internacional de profesionales de la salud, de tal manera que sea posible vislumbrar líneas de acción que promuevan la atención integral de las mujeres con cáncer de mama.

## Metodología

Ésta es una revisión integrativa de literatura, la cual permite realizar análisis de los estudios, sintetizando el conocimiento de un área temática a través de la compilación de investigaciones previas. De éstas se extraen conclusiones y características logrando identificar las brechas y el desarrollo alcanzado para una mejor comprensión acerca del sujeto de estudio (7).

La pregunta orientadora para el desarrollar el presente estudio fue: *¿Cuáles son las características de la producción científica relacionada con la salud sexual en mujeres con cáncer de mama?* La búsqueda de artículos se realizó a partir de los siguientes descriptores: *Breast Neoplasms/Cancer, Health Sexual, Treatment Outcome, Radiotherapy, Chemotherapy, Surgical Procedures, Operative, Women y Sexuality*. Con el fin de ampliar la búsqueda de los artículos, se combinaron los descriptores entre sí. Las bases de datos consultadas fueron Scopus, Medline, LILACS y SciELO; además, se realizó una búsqueda secundaria en revistas científicas.

Para la revisión se consideraron los siguientes criterios de inclusión: artículos sobre mujeres con cáncer de mama en diagnóstico, tratamiento o pos-tratamiento; publicaciones que se orientaran hacia el tópico de salud sexual en este tipo de mujeres; artículos en idioma español, inglés y portugués; período de la publicación 1996-2016; áreas de estudio en medicina, enfermería, psicología ciencias sociales y profesiones de la salud; y disponibilidad en *full text* a través del Sistema Nacional de Bibliotecas (SINAB) de la Universidad Nacional de Colombia. Como criterios de exclusión se estableció que fueran documentos tipo disertación, tesis, capítulos de libros, libros, editoriales; estudios en donde la muestra fueran profesionales de la salud; artículos que no respondieran al tema de interés de estudio.

Después de la lectura de los resúmenes, los artículos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Lista de artículos obtenidos y seleccionados para el estudio

Bases de datos o búsqueda secundaria	Total de artículos obtenidos según descriptores	Total de artículos seleccionados según criterios de inclusión y exclusión
Scopus	1156	31
Medline	69	29
LILACS	43	3
SciELO	27	7
Búsqueda secundaria: búsqueda directa en revistas	—	15

**Fuente:** Datos del estudio.

Una vez seleccionados los estudios, se sistematizaron los principales hallazgos de cada estudio en una base de datos del programa *Microsoft Office Excel® 2010*. Los resultados se organizaron de la siguiente manera: 1) características de los estudios: año de publicación, idioma, continente y país; 2) características de la muestra: edad promedio de las participantes de los estudios, tiempo promedio pos-diagnóstico y tipos de tratamientos recibidos; 3) identificación de la metodología/perspectiva: enfoque, diseño, muestreo, perspectiva disciplinar; y 4) tendencia temática.

## Resultados y Discusión

A continuación se describen las características de las investigaciones consultadas y de la tendencia temática resultado de las búsquedas.

### Características de las investigaciones

Durante el período de 1996 hasta abril del 2016, se identificaron 85 piezas de investigación relacionadas con el objetivo de la presente revisión. Con respecto al año de publicación, los artículos consultados se organizaron en dos etapas: primero, entre 1996 y 2005, 34,1% ( $n = 29$ ); luego, entre 2006 y 2016, 65,9% ( $n = 56$ ), período en el que se evidencia mayor producción de conocimiento.

El 94,1 % de los artículos seleccionados se encuentran en inglés y el 5,9%, en español. Según la producción por continente, Norteamérica presenta mayor

producción, con un 40% ( $n = 34$ ), destacándose Estados Unidos con el 36,5%. Le sigue Europa, con el 25,9% ( $n = 22$ ), en cuyo caso sobresale Suiza 5,9%; luego, Asia, con el 16,5% ( $n = 14$ ), en donde Japón y la India aportan el 3,5% de producción, respectivamente; Oceanía, con el 9,4% ( $n = 8$ ) y finalmente Latinoamérica, con el 8,2%, en donde Brasil aporta el 5,9%.

La edad promedio principalmente reportada en las mujeres participantes fue de 41-60 años en el 63,5% ( $n = 54$ ) de los artículos. Este resultado se aproxima a las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, que reporta el 69,6% de los casos nuevos entre los 44-74 años (3). El 46% de los estudios informa que el tiempo promedio de diagnóstico de las participantes es el primer año, el cual tiene un mayor reporte con 14,1%. Según el tipo de tratamiento, se encontró que las mujeres recibieron principalmente entre dos y cuatro tipos de tratamientos —cirugía, quimioterapia, radioterapia y/o terapia hormonal— en el 45,9% de las investigaciones.

Los estudios desarrollan metodologías con diferente enfoque. El principal fue el cuantitativo, con el 54,1%, caracterizado por el desarrollo de estudios correlacionales (28,2%). Este enfoque se sustenta en la corriente filosófica positivista, en la que es posible su predominio debido a su nivel de alcance explicativo-predictivo que permite cuantificar (8). Por otra parte, el enfoque cualitativo fue aplicado en el 23,5 %, destacándose la teoría fundamentada con el 5,9%. Este tipo de investigación se basa en el paradigma interpretativo que considera los significados y la comprensión del contexto más allá de la medición (8). Lo anterior demuestra un desequilibrio entre ambos enfoques. Otro aspecto identificado en los estudios fue el tipo de muestreo: se encontró el muestro no probabilístico en el 60% de los estudios, seguido por el muestreo probabilístico en el 14,1%.

Desde la perspectiva disciplinar, se encontró que el desarrollo principalmente se hace por parte de medicina (54,1%), luego enfermería (28,2%) y finalmente psicología (15,3%). Vale la pena destacar que los enfoques desarrollados en los estudios varían según las perspectivas disciplinares: medicina aportó el 72,5% de los estudios cuantitativos y enfermería, el 76,4% de los estudios cualitativos. Este factor señala el cambio del paradigma positivista al interpretativo en enfermería, lo que permite comprender la dimensión psicosocial de lo humano. De acuerdo con Polit *et al.*, esta condición es predominante en países latinoamericanos y en otros países como Noruega, Suecia, Reino Unido y Asia (9).

## Tendencia temática

Las tendencias temáticas identificadas se agrupan en tres categorías: a) el 12,9% corresponde a la *Salud sexual y cáncer de mama*; b) el 72,9% se relaciona con la *Salud sexual en la mujer y tratamientos del cáncer de mama*; c) el 14,1%, con la *Salud sexual y relaciones de pareja*. El 11,8% de los estudios aportaron a las categorías a y b.

En la categoría *Salud sexual y cáncer de mama*, se destacan los cambios negativos en la sexualidad debido a razones como el impacto del tratamiento (10-12), el agotamiento debido a los cuidados y el reposicionamiento de la persona con cáncer como paciente y no como pareja sexual (10). Por su parte, Gilbert *et al.* describen que el impacto negativo a nivel físico y psicológico influyen el discurso de construcción normal de la sexualidad, la feminidad y el contexto de las relaciones de las mujeres (13).

La edad y la cultura son factores que influyen en la salud sexual de las mujeres con cáncer de mama. En mujeres menores de 45 años genera interrupción del curso normal de la vida debido a alteraciones en la imagen corporal, disminución de los niveles y cambios en las actividades sexuales (4, 14). En mujeres norteamericanas mayores de edad (55-84 años), se encontró que, aunque el cáncer de mama es difícil de sobrellevar, la función de la mama y los cambios negativos en la relación íntima pierden importancia, llegando a percibir la enfermedad como una pieza entre muchas (15). Este rasgo también se encontró en mujeres chinas con hijos, cuya preocupación mayor es el rol familiar, no tanto el sexual, condición que les permite obtener mayor satisfacción sexual (16). Mientras, en mujeres de la India se reporta *mala adaptación*, sean solteras o casadas (17).

La literatura revela otros factores relacionados con alteraciones de la salud sexual, como juventud y menopausia prematura (6, 18). Aunque los estudios afirman que las mujeres jóvenes son las más afectadas, se debe reconocer que las de edades mayores continúan siendo activas sexualmente, a pesar de manifestar dificultades en su salud sexual: 73% entre 57 y 64 años; 53% entre los 65 y 74 años y 26% en mayores de 75 años (19). Otros factores hallados fueron: reseca vaginal, cambios en la calidad de las relaciones de pareja y disminución de la excitación (20); imagen corporal (21); orgasmo (13); y baja calidad de vida y altos niveles de estrés (22).

Como se evidencia, la salud sexual se afecta como resultado de la cultura, la edad, la identidad sexual y factores emocionales, sociales, interpersonales y físicos, el cual es uno de los más mencionados, dado que puede generar disfunción sexual (4, 23). Además, es importante reconocer esta condición aún en aquellas que se encuentren en cuidados paliativos (24).

En la categoría *Salud sexual en la mujer y tratamientos del cáncer de mama*, se destaca el impacto que sufren las mujeres como resultado de los tratamientos y la manera como cada tipo o combinación de ellos alteran la salud sexual, los cuales aumentan el riesgo de desórdenes en la lubricación y en la satisfacción seis veces (25). En esta categoría se encontró la mayor cantidad de artículos, cuyas investigaciones se enfocaron en cinco tópicos sobre los efectos de los tratamientos en la salud sexual; a) combinación de tratamientos; b) quimioterapia; c) cirugía; d) radioterapia; y e) terapia hormonal. En este sentido, los estudios destacan la presencia de alteraciones en la salud sexual generadas por los diferentes tratamientos, descritos a continuación.

La quimioterapia es un tipo de tratamiento significativamente asociado a problemas sexuales a corto y largo plazo (6), entre cuyas alteraciones se destacan: disconfort (18); disminución del deseo sexual (23-64%) y de la excitación/lubricación vaginal (20-57%); anorgasmia (16-36%) y dispareunia (35-38%) (25, 26, 27); cambios en la autoestima y autoeficacia; atrofia vulvovaginal y síntomas menopáusicos en mujeres jóvenes —30-40 años— (4, 28, 29). Además, el tratamiento genera preocupaciones acerca de la menopausia, fertilidad, relaciones de pareja, infertilidad (28) e imagen corporal (27, 30).

El procedimiento quirúrgico en las mujeres con cáncer de mama genera cambios en los sentimientos de atracción, en la imagen corporal (27), pérdida de la libido (80%), pérdida del interés por la pareja (54%) e insatisfacción sexual (59%) (31, 32), especialmente en mujeres no reconstruidas con bajo nivel educativo y que tienen parejas mayores de edad (33). Además, factores como estrés, dolor, fatiga y baja autoestima (34) constituyen en mujeres jóvenes alteraciones en la salud sexual (4). Esta última situación ocurre por la pérdida de la mama que ocasiona reducción de las sensaciones sexuales y dificultad en el disfrute del sexo (35).

Según el tipo de procedimiento, al comparar mujeres sometidas a cirugía conservadora con mastectomía, se evidenció que las dos formas generan

dificultades en la salud sexual. La primera afecta sólo la fase de excitación hasta seis meses después de la cirugía; mientras que la segunda afecta el deseo y el orgasmo hasta un año después (36). Otro estudio refiere que la prevalencia de alteraciones en la salud sexual de las mujeres sometidas a lumpectomía o mastectomía es similar (25) e incluso puede encontrarse efectos positivos en la salud sexual en presencia o ausencia de una reconstrucción (4, 27, 37). Pero en un grupo de mujeres suizas se informó sobre cambios en el cuerpo de la mujer tanto de manera positiva como negativa, dado que es un procedimiento que afecta económica, física y emocionalmente (38). Algunos autores concluyen que los cambios en la imagen corporal y las alteraciones son altamente subjetivos y pueden ser independientes del tipo de cirugía recibida (4, 39).

Con respecto a la radioterapia, la literatura determina que es un procedimiento que no genera problemas adicionales significativos capaces de afectar la sexualidad (9). Sin embargo, la presencia de fatiga es un fenómeno documentado en pacientes que reciben radioterapia, debido a que la función emocional y social se disminuye durante la radioterapia y se normaliza un mes después de terminado el tratamiento (4, 40).

En relación con la terapia hormonal, se evidencia afectación de la salud sexual, la cual disminuye después de terminado el tratamiento (30-36 meses post-tratamiento). De igual manera, en mujeres sobrevivientes australianas menores de 70 años, se reportó alta proporción de problemas sexuales y exacerbación de los síntomas menopáusicos (41).

En síntesis, es notorio que los tratamientos ocasionan un impacto negativo sobre la salud sexual de las mujeres y en la imagen corporal, sobre todo en jóvenes que llegan a sentirse menos atractivas. Sin embargo, en menor proporción, algunas mujeres llegan a informar aumento de la intimidad, reposicionamiento y renegociación de la sexualidad, así como fortalecimiento de las relaciones (30).

La categoría *Salud sexual y relaciones de pareja* es un aspecto fundamental en la vida de la mujer, dado que tiene una fuerte implicación en el bienestar de la vida (42). La calidad de las relaciones es uno de los predictores más importantes de la salud sexual de estas mujeres, el cual puede alterarse por la toxicidad del tratamiento, especialmente en jóvenes con pareja que manifiestan altos niveles de insatisfacción (43).

Factores como la calidad de la relación antes del diagnóstico, cambios en la imagen corporal (13, 44), comunicación, reconocimiento y aceptación del cuerpo por parte de la mujer y su pareja trascienden en la salud sexual de ella (30). Esto último puede estar relacionado con las expectativas culturales (15).

La literatura resalta que el mejoramiento de la salud sexual depende del apoyo y comprensión que percibe la mujer por parte de la pareja a lo largo de las etapas de la enfermedad (45), incluso en el caso de parejas homosexuales (46). Pero cuando la pareja es exigente y no apoya a la mujer, se producen sentimientos de separación e insatisfacción sexual (5). En efecto, surgen problemas en la relación, llegando incluso al divorcio y al abandono (14, 47). Sawin sostiene que, a pesar de lo anterior, las mujeres tienen la capacidad de enfrentar positivamente el cáncer de mama y sus consecuencias sin recibir apoyo de la pareja (15).

## Conclusiones

La salud sexual en mujeres con cáncer de mama es un factor importante en la calidad de vida, la cual continuamente se ve alterada como resultado de la enfermedad y de los efectos adversos de los tratamientos que aquejan tanto a la persona enferma como a su pareja. Por lo tanto, esta revisión ha intentado sintetizar el conocimiento desarrollado en torno a la temática que a diario incrementa las estadísticas a nivel mundial.

Como características relevantes de los estudios, se destaca a Estados Unidos como el país con mayor número de publicaciones, mientras que los países latinoamericanos aportan el menor número, siendo Brasil el que más contribuye. Desde la perspectiva disciplinar, medicina y enfermería lideran el desarrollo del conocimiento en el área desde diferentes enfoques de investigación. Vale la pena destacar la importancia que tiene para la enfermería esta temática con el fin de reconocer y brindar un mejor cuidado a las mujeres que afrontan esta condición. Así mismo, dada la complejidad del fenómeno de estudio, se viene realizando aportes significativos desde el paradigma interpretativo, lo que permite una mejor comprensión de la salud sexual y una ecuanimidad en el uso de métodos cualitativos/cuantitativos que se suman al desarrollo científico.

En relación con las temáticas desarrolladas, se identificaron tres categorías que muestran la tendencia en el desarrollo del conocimiento de la salud sexual de las mujeres: la primera relaciona el cáncer de mama y su impacto multidimensional en la salud sexual; la segunda, las distintas modalidades de tratamiento que, aunque han aumentado las tasas de supervivencia, siguen generando impactos significativos; la tercera, la forma como las relaciones de pareja se afectan y que a su vez juegan un papel trascendental en la salud sexual de la mujer.

La tendencia en el desarrollo del conocimiento muestra la relevancia que tiene la temática para la comunidad internacional. Hoy en día existen organizaciones científicas con propuestas de lineamientos y consenso sobre las necesidades y atención integral de las mujeres con cáncer de mama; por ejemplo, la Sociedad Americana de Cáncer y la Sociedad Americana de Oncología Clínica para sobrevivientes con cáncer de mama (48). Así mismo, la Sociedad Americana de Enfermeras Oncólogas promueve entre sus políticas mejorar la calidad del cuidado holístico en personas con cáncer (49).

Los resultados de esta revisión integrativa permiten mostrar líneas de acción para que los profesionales de la salud desarrollen una práctica reflexiva y real. Se hace un llamado especial a la enfermería para que promueva un espacio de cuidado durante las etapas del proceso de atención, en el cual se evidencie la participación de la pareja como un ejercicio fundamental en la rehabilitación de la mujer.

A partir de la investigación, se espera llegar a propuestas de modelos predictivos y prescriptivos orientados a promover la salud sexual en personas con cáncer de mama—incluso para otros tipos de cáncer— y dirigidos a personas de diferentes etnias, culturas, orientaciones sexuales y niveles educativos, con el fin de ejecutar modelos de atención novedosos, viables y de gran impacto. Desde la política, gestión y administración, se busca un mayor posicionamiento de las políticas de salud sexual a nivel nacional e internacional. Finalmente, desde la docencia, se espera formar profesionales con competencias en esta temática a través de asignaturas teórico-prácticas.

## Agradecimientos

Al Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, COLCIENCIAS, por el crédito condonable otorgado a la autora principal mediante la

convocatoria *Apoyo a la comunidad científica nacional, a través de los programas de doctorado nacionales 2008*; y a la Universidad Nacional de Colombia.

## Referencias

- (1) Pan American Health Organization (PAHO)/World Health Organization (WHO). Promotion of sexual health recommendations for action [guidebook on the Internet]. Antigua Guatemala: Pan American Health Organization (PAHO)/World Health Organization (WHO) in collaboration with the World Association for Sexology (WAS); 2000 [access: 2016 May 20]. Available from: <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>
- (2) International Agency for Research on Cancer/World Health Organization (WHO) [web site]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2015 [update: 2016 May 20; access: 2016 May 20]. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [about 6 screens]. Available from: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- (3) National Cancer Institute [web site]. Washington: National Cancer Institute; 2016 [update: 2016 May 20; access: 2016 May 20]. Surveillance, epidemiology, and end results program. SEER Stat fact sheets: female breast cancer [about 2 screens]. Available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html#prevalence>
- (4) Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016 Mar;10(1):66-74.
- (5) Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenot C, This P, Giami A et al. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psychooncology*. 2011 Aug;20(8):841-850.
- (6) Fobair P, Spiegel D. Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer J*. 2009;15(1):19-26.
- (7) Ferreira SM, Panobianco MS, Gozzo TO, Almeida AM. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):835-842.

- (8) Ramos CA. Los paradigmas de la investigación científica. *Av Psicol.* 2015;23(1):9-17.
- (9) Polit DF, Beck CT. International differences in nursing research, 2005-2006. *J Nurs Scholsh.* 2009 Mar;41(1):44-53.
- (10) Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer. *Cancer Nurs.* 2009;32(4):271-280.
- (11) Eun-Young J, Sue K, Soon-Bok C, Kasil O, Hee SK, Sung SK. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nurs.* 2011;34(2):142-149.
- (12) Grimsbø GH, Finset A, Ruland CM. Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through E-mail communications with oncology nurses. *Cancer Nurs.* 2011;34(2):107-116.
- (13) Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas.* 2010 Aug;66(4):397-407.
- (14) Adams E, McCann L, Armes J, Richardson A, Stark D, Watson E *et al.* The experiences, needs and concerns of younger women with breast cancer: a meta-ethnography. *Psychooncology.* Aug 2011;20(8):851-861.
- (15) Sawin EM. "The Body Gives Way, Things Happen": older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner. *Eur J Oncol Nurs.* 2012 Feb;16(1):64-70.
- (16) Zee B, Huang C, Mak S, Wong J, Chan E, Yeo W. Factors related to sexual health in Chinese women with breast cancer in Hong Kong. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2008;4(4):218-226.
- (17) Khan MA, Bahadur AK, Agarwal PN, Sehgal A, Das BC. Psychosocial disorders in women undergoing postoperative radiation and chemotherapy for breast cancer in India. *Indian J Cancer.* 2010;47(3):296-303.
- (18) Akechi T, Okuyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T *et al.* Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology.* 2011 May;20(5):497-505.
- (19) Minkin MJ. Sexual health and relationships after age 60. *Maturitas.* 2016 Jan;83:27-32.
- (20) Biglia N, Moggio G, Peano E, Sgandurra P, Ponzone R, Nappi RE *et al.* Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *J Sex Med.* 2010 May;7(5):1891-1900.
- (21) Karaöz B, Aksu H, Küçük M. A qualitative study of the information needs of premenopausal women with breast cancer in terms of contraception, sexuality, early menopause, and fertility. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 May;109(2):118-120.
- (22) Perz J, Ussher JM, Australian Cancer and Sexuality Study Team. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC Cancer.* 2015 Sep;15:629.
- (23) Halley MC, May SG, Rendle KA, Frosch DL, Kurian AW. Beyond barriers: fundamental 'disconnects' underlying the treatment of breast cancer patients' sexual health. *Cult Health Sex.* 2014;16(9):1169-1180.
- (24) Leung MW, Goldfarb S, Dizon DS. Communication about sexuality in advanced illness aligns with a palliative care approach to patient-centered care. *Curr Oncol Rep.* 2016 Feb;18(2):11.
- (25) Safarinejad MR, Shafiei N, Safarinejad S. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncology.* 2013 Jun;22(6):1242-1248.
- (26) Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R *et al.* Cancer and sexual problems. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 2):349-373.
- (27) Hummel SB, Lankveld JJ, Oldenburg HS, Hahn DE, Broomans E, Aaronson NK. Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer.* 2015 Apr;15:321.
- (28) Krychman ML, Katz A. Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *J Sex Med.* 2012 Jan;9(1):5-13.
- (29) Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit J, Rautenberg B, Stickeler E, Erbes T *et al.* The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer.* 2016 Jun;24(6):2603-2609.

- (30) Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Australian Cancer and Sexuality Study Team. Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC Cancer*. 2015 Apr;15:268.
- (31) Disipio T, Hayes SC, Newman B, Aitken J, Janda M. Does quality of life among breast cancer survivors one year after diagnosis differ depending on urban and non-urban residence? A comparative study. *Health Qual Life Outcomes*. 2010 Jan;8:3.
- (32) Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinay M, Alanyali H et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori*. 2009;95(2):212-218.
- (33) Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 Apr;15(2):167-172.
- (34) Cesnik VM, Dos Santos MA. Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Aug;46(4):1001-1008.
- (35) Gahm J, Wickman M, Brandberg Y. Bilateral prophylactic mastectomy in women with inherited risk of breast cancer--Prevalence of pain and discomfort, impact on sexuality, quality of life and feelings of regret two years after surgery. *Breast*. 2010 Dec;19(6):462-469.
- (36) Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, Neven P, Amant F. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast*. 2014 Oct;23(5):629-636.
- (37) Dubashi B, Vidhubala E, Cyriac S, Sagar TG. Quality of life among younger women with breast cancer: study from a tertiary cancer institute in south India. *Indian J Cancer*. 2010 Apr;47(2):142-147.
- (38) Fallbjörk U, Frejeus E, Rasmussen BH. A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2012 Jul;16(3):220-226.
- (39) Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs*. 2013 Jun;17(3):340-345.
- (40) Janaki MG, Kadam AR, Mukesh S, Nirmla S, Ponni A, Ramesh BS et al. Magnitude of fatigue in cancer patients receiving radiotherapy and its short term effect on quality of life. *J Cancer Res Ther*. 2010;6(1):22-26.
- (41) Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. 2011;8(1):294-301.
- (42) Milbury K, Badr H. Sexual problems, communications patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer. *Psychooncology*. 2013 Apr;22(4):814-822.
- (43) Griesser AC, Vlastos G, Morel L, Beaume C, Sappino AP, Haller G. Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011 Jul;20(4):466-474.
- (44) Krychman M, Millheiser LS. Sexual health issues in women with cancer. *J Sex Med*. 2013 Feb;10(Suppl 1):5-15.
- (45) Ferreira SM, Panobianco M, Gozzo T, Almeida AM. Sexuality of women with breast cancer: analysis of scientific production in nursing. *Text Context Nursing*. 2013;22(3):835-842.
- (46) Paul LB, Pitagora D, Brown B, Tworecke A, Rubin L. Support needs and resources of sexual minority women with breast cancer. *Psychooncology*. 2014 May;23(5):578-584.
- (47) Santos DB, Ford NJ, Santos MA, Vieira EM. Breast cancer and sexuality: the impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women Brazil. *Cult Health Sex*. 2014;16(3):246-257.
- (48) Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol*. 2016 Feb;34(6):611-635.
- (49) Oncology Nursing Society (ONS) [web site]. Pittsburgh: Oncology Nursing Society (ONS); 2016 [update: 2016 May 22; access: 2016 May 22]. Policy priorities [about 2 screens]. Available from: <https://www.ons.org/advocacy-policy/priorities>

# Política editorial

## Ética en la publicación científica

La revista *Avances en Enfermería* define los siguientes criterios y recomendaciones relacionados con la ética en la publicación de artículos científicos:

### 1. Criterios generales

- 1.1. Los manuscritos deben contener suficiente detalle y referencias que permitan replicar o rebatir el estudio.
- 1.2. Las declaraciones fraudulentas o deliberadamente inexactas constituyen un comportamiento anti-ético.
- 1.3. Si el estudio incluye productos químicos, procedimientos o equipos que tienen cualquier riesgo inusual inherente a su uso, el autor debe identificarlos claramente al interior del artículo.
- 1.4. Si el estudio implica el uso de animales o de seres humanos, el autor debe asegurarse de que el artículo contenga una declaración que haga explícito que se realizaron todos los procedimientos de conformidad con los lineamientos y con la normativa ética.
- 1.5. Se deben respetar los derechos de privacidad de los seres humanos.

### 2. Autoría

#### Criterios:

- 2.1. Un *autor* es la persona que ha hecho una contribución intelectual significativa al estudio. Así, todas las personas nombradas como *autores* deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que los reúnan deben ser mencionados de forma explícita.

- 2.2. Se deben cumplir colectivamente tres criterios básicos para ser reconocido como autor:
  - a) Contribución sustancial a la concepción y al diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación del estudio.
  - b) Redacción o revisión del contenido intelectual.
  - c) Aprobación de la versión final.
- 2.3. El orden de la autoría debe ser una decisión conjunta de los coautores.
- 2.4. Las personas que participen en un estudio pero que no se ajusten a los criterios de autoría deben aparecer como *colaboradores* o *personas reconocidas*.
- 2.5. Hay tres tipos de autorías que se consideran inaceptables: autores *fantasma*, que contribuyen sustancialmente pero no son reconocidos —son a menudo pagados por promotores comerciales—; autores *invitados*, que no hacen ninguna contribución discernible pero se nombran para aumentar las posibilidades de publicación; y autorías *honorarias*, que se basan únicamente en una afiliación tenue con un estudio.

#### Recomendaciones:

- 2.6. Antes de iniciar la investigación, se recomienda documentar la función y la manera como se reconocerá la autoría de cada investigador.
- 2.7. No se debe mentir sobre la participación de una persona en la investigación o en la publicación. Si su contribución es considerada *sustancial*, se justifica la autoría, bien sea como *autor* o como *colaborador*.
- 2.8. No se debe asignar una autoría sin contar con el consentimiento de la persona.



- 2.9. Todas las personas nombradas como autores deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que reúnan los requisitos deben aparecer como *autores* o *colaboradores*.
- 2.10. Algunos grupos colocan los autores por orden alfabético, a veces con una nota para explicar que todos los autores hicieron contribuciones iguales al estudio y a la publicación.

### 3. Cambios en la autoría

#### Criterios:

- 3.1. Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- 3.2. Las peticiones de añadir o eliminar un autor, o para reorganizar los nombres de los autores deben ser enviados por el autor correspondiente del artículo aceptado y deben incluir
  - a) la razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
  - b) la confirmación por escrito (por *e-mail*) de todos los autores que están de acuerdo con la adición, supresión o reorganización. En el caso de adición o eliminación de los autores, se debe incluir la confirmación de que el autor sea añadido o eliminado.

### 4. Conflicto de intereses

#### Criterios:

- 4.1. Cuando un investigador o autor tenga alguna opinión o interés financiero/personal que pueda afectar su objetividad o influir de manera inapropiada en sus actos, existe un posible *conflicto de intereses*. Los conflictos pueden ser reales o potenciales.
- 4.2. Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser
  - a) *directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
  - b) *indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.

- 4.3. Los conflictos también pueden existir como resultado de relaciones personales, la competencia académica y la pasión intelectual. Por ejemplo: un investigador que tenga

- a) algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
- b) opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

#### Recomendaciones:

- 4.4. Revelar si se está en algún conflicto real o potencial de intereses que influya de forma inapropiada en los hallazgos o resultados del trabajo presentado, dentro de los tres (3) años de haber empezado el trabajo presentado, que podría influir indebidamente —sesgar— el trabajo.
- 4.5. Revelar el papel de uno o varios promotores del estudio —si los hubiere—, en el diseño del estudio, en la recopilación, análisis e interpretación de los datos, en la redacción del informe y en la decisión de presentar el documento para su publicación.
- 4.6. Los investigadores no deben entrar en acuerdos que interfieran con su acceso a todos los datos y su capacidad de analizarlos de forma independiente; así como tampoco de preparar y publicar los manuscritos.
- 4.7. Al presentar un documento, se debe hacer una declaración —con el encabezamiento “Papel que ha tenido la fuente de financiación”— en una sección separada del texto y colocarse antes de la sección *Referencias*.
- 4.8. Algunos ejemplos de posibles conflictos de intereses que deben ser revelados incluyen empleo, consultoría, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones.
- 4.9. Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- 4.10. Se debe describir el papel del patrocinador del estudio.

## 5. Publicación duplicada

### Criterios:

- 5.1. Los autores tienen el compromiso de comprobar que su artículo sea basado en una investigación original, es decir: nunca publicada anteriormente. El envío o reenvío intencional de su trabajo a otra publicación, generando una duplicación, se considera un incumplimiento de la ética editorial.
- 5.2. Se produce una publicación duplicada o múltiple cuando dos o más artículos, sin hacerse referencias entre sí, comparten esencialmente las mismas hipótesis, datos, puntos de discusión o conclusiones. Esto puede ocurrir en diferentes grados: duplicación literal, duplicación parcial pero sustancial o incluso duplicación mediante parafraseo.
- 5.3. Uno de los principales motivos por los que la publicación duplicada de investigaciones originales se considera no ético es porque puede dar lugar a una *ponderación inadecuada* o a un *doble recuento involuntario* de los resultados de un estudio único, lo que distorsiona las pruebas disponibles.

### Recomendaciones:

- 5.4. Los artículos enviados para su publicación deberán ser originales y no deberán enviarse a otra revista. En el momento del envío, los autores deberán revelar los detalles de los artículos relacionados —también cuando estén en otro idioma—, artículos similares en prensa y traducciones.
- 5.5. Aunque un artículo enviado esté siendo revisado, es necesario indagar por su estado, tomar la decisión de continuar o no en el proceso y en caso de retirarlo, ponerse en contacto con otra revista sólo si la primer editorial no publicará el artículo.
- 5.6. Evite enviar un artículo previamente publicado a otra revista.
- 5.7. Evite enviar artículos que describan esencialmente la misma investigación a más de una revista.
- 5.8. Indique siempre los envíos anteriores —incluidas las presentaciones de reuniones y la inclusión de resultados en registros— que pudieran considerarse una publicación duplicada.
- 5.9. Evite escribir sobre su propia investigación en dos o más artículos desde diferentes ángulos o sobre diferentes aspectos de la investigación sin mencionar el artículo original.

5.10. Se considera una conducta no recomendable crear varias publicaciones a partir de investigaciones no multicéntricas.

5.11. Si desea enviar su artículo a una revista que se publica en un país diferente o en un idioma diferente, solicite información a la editorial y los lineamientos al respecto.

5.12. En el momento del envío, indique todos los detalles de artículos relacionados en un idioma diferente y las traducciones existentes.

## 6. Reconocimiento de las fuentes

### Criterios:

- 6.1. Los autores deben citar las publicaciones que han sido influyentes en la determinación de la naturaleza del trabajo presentado.
- 6.2. La información obtenida de forma privada no debe ser usada sin explícito permiso escrito de la fuente.
- 6.3. La reutilización de las tablas o figuras requiere del permiso del autor y de la editorial, lo cual debe mencionarse de manera adecuada en la leyenda de la tabla o de la figura.
- 6.4. La información obtenida en el transcurso de servicios confidenciales, como manuscritos arbitrales o solicitudes de subvención, no debe ser utilizada sin el permiso explícito y por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

## 7. Fraude científico

### Criterios:

- 7.1. El fraude en la publicación científica hace referencia a la presentación de datos o conclusiones falsos o bien que no fueron generados a través de un proceso riguroso de investigación.
- 7.2. Existen los siguientes tipos de fraude en la publicación de resultados de investigación:
  - a) Fabricación de datos: invención de datos y resultados de investigación para después comunicarlos.
  - b) Falsificación de datos: la manipulación de materiales de investigación, imágenes, datos, equipos o procesos. La falsificación incluye la modificación

u omisión de datos o resultados de tal forma que la investigación no se representa de manera precisa. Una persona podría falsificar datos para adecuarla al resultado final deseado de un estudio.

**Recomendaciones:**

- 7.3. Antes de realizar el primer envío de un artículo, lea cuidadosamente las políticas editoriales y de datos de la revista.
- 7.4. Nunca modifique u omita datos de forma intencional. Esto incluye materiales de investigación, métodos de análisis, procesos, equipos, tablas, citas y referencias bibliográficas.
- 7.5. Tanto la fabricación como la falsificación de datos son formas de conducta incorrecta graves, porque ambas resultan en publicaciones científicas que no reflejan con precisión la verdad observada.
- 7.6. El autor debe hacer una gestión adecuada de los datos que soportan la investigación, teniendo especial cuidado en la recopilación, producción, conservación, análisis y comunicación de los datos.
- 7.7. Mantenga registros minuciosos de los datos en bruto, los cuales deberán ser accesibles en caso de que un editor los solicite incluso después de publicado el artículo.

**8. Plagio**

**Criterios:**

- 8.1. El plagio es una de las formas más comunes de conducta incorrecta en las publicaciones. Sucede cuando uno de los autores hace pasar como propio el trabajo de otros sin permiso, mención o reconocimiento. El plagio se presenta bajo formas diferentes, desde la copia literal hasta el parafraseado del trabajo de otra persona, incluyendo datos, ideas, conceptos, palabras y frases.
- 8.2. El plagio tiene diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo:
  - a) Qué cantidad del trabajo de otra persona se tomó —varias líneas, párrafos, páginas, todo el artículo.
  - b) Qué es lo que se copió —resultados, métodos o sección de introducción.

- 8.3. El plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética en el ámbito editorial y académico, lo cual es inaceptable.
- 8.4. La copia literal sólo es aceptable si se indica la fuente e incluye el texto copiado con los signos de citación adecuados.

**Recomendaciones:**

- 8.5. Recuerde siempre que es esencial reconocer el trabajo de otros —incluido el trabajo de su asesor o su trabajo previo— como parte del proceso.
- 8.6. No reproduzca un trabajo palabra por palabra, en su totalidad o en parte, sin permiso y mención de la fuente original.
- 8.7. Mantenga un registro de las fuentes utilizadas al investigar y dónde las utilizó en su artículo.
- 8.8. Asegúrese de reconocer completamente y citar de forma adecuada la fuente original en su artículo.
- 8.9. Cuando haga referencia a la fuente, evite utilizar el trabajo de otras personas palabra por palabra salvo que lo haga entre comillas y sólo si es estrictamente necesario.
- 8.10. El parafraseado sólo es aceptable si se indica correctamente la fuente y se asegura de no cambiar el significado de la intención de la fuente.
- 8.11. Incluya entre comillas y cite todo el contenido que haya tomado de una fuente publicada anteriormente, incluso si lo está diciendo con sus propias palabras.

**9. Fragmentación**

**Criterios:**

La *fragmentación* consiste en dividir o segmentar un estudio grande en dos o más publicaciones.

- 9.1. Se considera una práctica inaceptable que los *fragmentos* de un estudio dividido compartan las mismas hipótesis, muestra y métodos.
- 9.2. El mismo *fragmento* no se debe publicar más de una vez. El motivo es que la fragmentación puede dar lugar a una distorsión de la literatura, haciendo creer equivocadamente a los lectores que los datos presentados en cada *fragmento* —es decir, *cada artículo*— se derivan de una muestra de sujetos diferente. Esto no solamente sesga la base de datos científica, sino que

también crea una repetición ambigua a los editores y revisores, que deben ocuparse de cada trabajo por separado. Además, permite que se infle el número de referencias donde aparece citado el autor.

#### Recomendaciones:

- 9.3. Evite fraccionar inapropiadamente los datos de un solo estudio en dos o más trabajos.
- 9.4. Cuando presente un trabajo, sea transparente en el proceso. Envíe copias de los manuscritos estrechamente relacionados al manuscrito en cuestión. Esto incluye manuscritos publicados, enviados recientemente o ya aceptados.

## 10. Consentimiento informado

#### Criterios:

- 10.1. Los estudios sobre pacientes o voluntarios requieren la aprobación de un comité de ética.
- 10.2. El consentimiento informado debe estar debidamente documentado.
- 10.3. Los permisos y las liberaciones deben ser obtenidos cuando un autor desea incluir detalles de caso u otra información personal o imágenes de los pacientes y cualquier otra persona.
- 10.4. Debe tenerse cuidado con la obtención del consentimiento respecto a los participantes, en particular con la población vulnerable; por ejemplo: cuando un niño tiene necesidades especiales o problemas de aprendizaje. Debe recordarse que el uso de fotografías de los participantes o declaraciones explícitas —partes de entrevista— deben contar con la autorización por escrito de los implicados o responsables legales.

## 11. Corrección de artículos publicados

#### Criterio:

- 11.1. Cuando un autor descubre un error o una inexactitud significativa en el trabajo publicado, es obligación del autor notificar de inmediato a la revista y cooperar en el proceso de corrección.

## Bibliografía

- Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.
- Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf).
- . "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/183399/ETHICS\\_ES\\_coi01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_coi01a_updatedURL.pdf).
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/183403/ETHICS\\_ES\\_ssu-b01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_ssu-b01a_updatedURL.pdf).
- . "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.
- . "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.
- . "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/183402/ETHICS\\_ES\\_ss01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_ss01a_updatedURL.pdf).
- . "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/183401/ETHICS\\_ES\\_rf01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_rf01a_updatedURL.pdf).
- . "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/183400/ETHICS\\_ES\\_PLA01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## Instrucciones para los autores

La revista *Avances en Enfermería* de la Universidad Nacional de Colombia se publica cuatrimestralmente y recibe artículos en español, portugués e inglés. Al enviar los artículos para publicación, tenga en cuenta los aspectos relacionados con el proceso:

### Tipos de artículos para publicación (según Colciencias)

**1. Artículo de investigación científica y tecnológica.** Documento original que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. Número mínimo de referencias: 25.

**2. Artículo de reflexión.** Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25

**3. Artículo de revisión.** Documento que resulta de una investigación en la cual se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de mínimo 60 referencias.

### Otras contribuciones no derivadas de investigación

**1. Editorial.** Documento escrito por el/la Editor/a Jefe, un/a Editor/a Asociado/a, un miembro del Comité Editorial o un/a investigador/a invitado/a sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

**2. Documento de reflexión no derivado de investigación.** Documento tipo ensayo que no es producto de una investigación. Utiliza la perspectiva analítica del autor sobre un tema específico a partir de fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25.

**3. Reporte de caso (Situaciones de enfermería).** Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referencias: 15.

**4. Traducción.** Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

**5. Reseña bibliográfica.** Síntesis concreta con una visión crítica de una publicación estilo libro que describe la importancia, los aspectos destacados y los aportes particulares de la publicación.

### Criterios de elegibilidad de los artículos

El material que se ponga a consideración del Comité Editorial debe cumplir con los siguientes criterios:

**1. Claridad y precisión en la escritura:** La redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.

**2. Originalidad:** El documento debe ser original, es decir: producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos.

**3. Objetividad y validez:** Las afirmaciones deben basarse en datos e información válida.

**4. Importancia y aportes al conocimiento:** El documento hace aportes interesantes al estado del arte del objeto de estudio.

### Información del autor

**Los artículos deben ser enviados únicamente a través del sistema ojs (Open Journal System):**

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

El autor de un artículo debe remitirlo con una carta en la cual indique su dirección, teléfono y correo electrónico vigente. Si el artículo es de varios autores, debe identificarse la contribución de cada autor al trabajo. Para el caso

de los informes de investigación, el investigador principal asumirá la responsabilidad sobre la integridad y confiabilidad de los datos acopiados. Si la autoría de un artículo es grupal, se debe designar uno o más autores para que asuman la responsabilidad en nombre del grupo. En este caso, los otros miembros no son autores, y se listan en los reconocimientos. Al presentar a consideración del Comité Editorial un artículo, su autor acepta que:

- En ningún caso recibirá pago por la inclusión de su documento en la publicación.
- No podrá presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones hasta tanto no obtenga respuesta escrita de la decisión tomada en relación con la aceptación o rechazo de su artículo.
- De publicarse, su artículo se convierte en propiedad permanente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y no podrá ser publicado en otro medio sin permiso escrito de su autor y de la Universidad.

## Proceso de elección y revisión de artículos

El procedimiento para la revisión y posterior elección de los artículos a incluir en la revista *Avances en Enfermería* es el siguiente:

1. Una vez sometidos a través del sistema ojs, todos los artículos remitidos al Comité Editorial son revisados inicialmente por el/la Editor/a Asistente para verificar que cumplan con los elementos formales que se solicitan en las *Instrucciones para los autores*. De no cumplir con estos criterios, el documento será rechazado para continuar con el proceso de evaluación. Si las falencias son mínimas, el manuscrito será enviado a su/s autor/es con indicación de corregirlas antes de seguir el proceso.
2. Si cumple con los requisitos formales, el documento será sometido al sistema anti-plagio de la revista y se le hará un exhaustivo seguimiento de las referencias bibliográficas, luego de lo cual el/los autor/es recibirá/n una notificación de recibido por medios electrónicos.
3. Acto seguido, el artículo se remite al Comité Editorial para que designe dos (2) pares evaluadores para su revisión: uno de ellos docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y otro

externo a ésta —nacional o internacional—, los cuales deben ser expertos en el tema que trata el artículo. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente por otro, se designa uno tercero, y con base en su concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. La identidad del autor de un artículo no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de éstos al primero. El plazo para la emisión de conceptos que se dan a los pares evaluadores será de quince (15) días calendario y será notificada a cada par evaluador la fecha estimada de recepción del concepto.

4. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. En cualquiera de los casos, el autor recibe una comunicación electrónica en la que se le indican los conceptos de los pares evaluadores, se señala la decisión tomada y, de ser aceptado, se le informan las sugerencias y cambios a que haya lugar antes de publicar el artículo.
5. Recibidos los cambios hechos por el autor, el Comité Editorial remite el documento a un corrector de estilo o editor de documentos. Hecha la edición correspondiente, el artículo es devuelto al autor para que dé su aprobación en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles. El autor debe enviar la autorización y señalar con precisión los cambios que no acepta, puesto que con esto se hace responsable de todas las afirmaciones que haga en su artículo, incluyendo las que han sido sometidas a cambios por el/la corrector/a de estilo o Editor/a Asistente.
6. Si cinco (5) días hábiles después de la recepción del documento el autor no se pronuncia al respecto, el Comité Editorial asumirá que acepta los cambios editoriales que se hicieron sobre el manuscrito.
7. El autor debe enviar al Comité Editorial sus datos en el formato Publindex.

## Requisitos para la presentación de artículos

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- Certificados de Cesión de Derechos y Originalidad: los artículos deberán ser remitidos con una hoja de vida de los autores y una carta manifestando que los materiales para publicación son inéditos, es decir, originales, y que ceden todos los derechos patrimoniales del artículo a la Universidad Nacional de Colombia. Para esto, deben diligenciar los formatos haciendo click en los siguientes enlaces:

Formato 1:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_1.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_1.pdf)

Formato 2:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_2.pdf)

- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni de las 25 páginas tamaño carta, debe estar escrito en letra Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 en los 4 lados.
- Las páginas del documento deben estar numeradas.

## Portada

**Título:** Debe aparecer el *título*, el cual debe ser preciso, no tener más de 80 caracteres y venir en español, inglés y portugués. Dentro del texto no debe describirse la presentación del/los autor/es, sino incluirse en un archivo aparte y constar de: nombres y apellidos completos, formación académica, cargo actual e instituciones a las que está/n vinculado/s, dirección electrónica vigente para contactarlo/s, ciudad y país.

**Resumen:** El artículo incluirá un *resumen* en español, inglés y portugués y no debe contener más de 250 palabras. Debe plasmar el objetivo, los puntos centrales y las conclusiones del artículo. En caso de artículos originales, el resumen debe estar estructurado por los apartados Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y conclusión.

**Palabras clave (o descriptores):** Se deben incluir de 3 a 5 descriptores o palabras clave en el idioma original, que correspondan a los DECS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

**Nota:** El documento no debe señalar nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales, a menos que sea estrictamente necesario.

## Ayudas y subvenciones

Si el trabajo es derivado de investigación se debe incluir el nombre de la investigación original. Para el caso de investigaciones que hayan tenido patrocinio o subvención de instituciones, se debe adicionar esta información.

## Lineamientos generales para la estructuración y presentación de artículos originales (formato IMRYD)

**1. Introducción:** En esta sección el autor debe incluir el problema, el objetivo o propósito del estudio y la argumentación lógica.

**2. Materiales y Métodos:** Incluye el tipo de estudio, el fenómeno estudiado, las medidas, los análisis de datos y el proceso de selección de la muestra del estudio, especificando el tiempo y el lugar. También, instrumentos utilizados y métodos de análisis empleados. Si es el caso, los aspectos éticos contemplados en el estudio y la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

**3. Resultados:** Deberán ser presentados en forma lógica, con las directrices del propósito y con las respuestas a la pregunta de estudio. Deben contener los datos y sus respectivos análisis. En el caso que se utilicen tablas, cuadros, gráficas e imágenes, éstos deben estar numerados de acuerdo a como han sido citados en el texto, contener su respectivo título, el cual será breve y claro, y la fuente de la información. Además, las gráficas, diagramas, imágenes, dibujos lineales, mapas y fotografías deberán presentarse en el programa original que se utilizó para elaborarlas (*Excel, Word, Power Point, Paint*, etc.).

**4. Discusión:** En ésta se destacarán las consideraciones nuevas y más importantes de la investigación, además de las conclusiones que de ella surjan. Deberá dar cuenta de las interpretaciones del autor y de las explicaciones en relación con sus hipótesis originales y con las fuentes bibliográficas estudiadas, las cuales deberán ser consistentes con la investigación. Podrá incluir las implicaciones para la práctica clínica y las recomendaciones para futuros estudios.

**5. Referencias:** La revista *Avances en Enfermería* sigue las orientaciones sobre referencias bibliográficas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, por lo cual se exige que el manuscrito se complemente estrictamente con las *Normas Vancouver*. Consultar: [www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

De acuerdo a los requerimientos de indexación en cuanto a la vigencia y calidad de la bibliografía, en la lista de referencias sólo se aceptará un 20% de la denominada “Literatura Gris” (libros, capítulos de libros, tesis, disertaciones, memorias, guías, informes, reportes, manuales, datos estadísticos, leyes, auto-citas, citas de otras citas, etc.), es decir: todas aquellas referencias que no provengan de artículos de investigación publicados en revistas indexadas. Así mismo, es necesario que las referencias de revistas indexadas procedan de artículos de no más de 5 años de publicación. El manuscrito enviado deberá tener el número mínimo de referencias exigido por la revista, conforme la sección (tipo de artículo) en la que se haya incluido. El Equipo de Redacción hará un exhaustivo seguimiento de estos requerimientos, resultado que determinará si el manuscrito continúa el proceso, si es necesario realizar ajustes de referencias o incluso si debe ser rechazado.

Las referencias bibliográficas deberán numerarse consecutivamente, entre paréntesis y en tamaño normal, de acuerdo al orden de aparición de las citas en el texto. A continuación se presentan ejemplos de la forma de presentación de los documentos y referencias respectivas:

- *Artículo de revista*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título del artículo. Título abreviado de la revista. Año; volumen(número):página inicial-final. Cuando el artículo tenga más de seis autores se escribirá después de éstos la abreviatura *et al.*
- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación (ciudad): editorial y año.
- *Capítulo de un libro*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del capítulo. Título del capítulo. La palabra “En”: director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) : editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.
- *Ponencias*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. La palabra “En”: título oficial del congreso, simposio o seminario. Lugar de publicación: (ciudad) editorial; año. Página inicial-página final de la ponencia.
- *Artículo de revista en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [revista en Internet]. Año [día mes (abreviado) año de consulta]; volumen(número):página inicial-final. “Disponible en: (URL o DOI)”
- *Libro o monografía en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Edición (excepto la primera). Lugar de publicación (ciudad): Editorial; fecha de publicación [día mes (abreviado) año de última actualización; día mes (abreviado) año de consulta]. “Disponible en: (URL o DOI)”
- *Material audio visual*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título (CD-ROM, DVD, disquete, según el caso) Edición. Lugar de edición: (ciudad) editorial; año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre/número del boletín oficial. Fecha de publicación.
- *Tesis de doctorado/maestría*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título de la tesis [tesis de maestría/doctorado]. Lugar de publicación (ciudad): editorial (institución); año.
- *Material no publicado*: hace referencia a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. El formato es: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Nombre de la publicación. “En prensa”. Fecha.



# Política editorial

## Ética na publicação científica

A revista *Avanços em Enfermagem* define os seguintes critérios e recomendações relacionadas com a ética na publicação de artigos científicos:

### 1. Critérios gerais

- 1.1. Os manuscritos devem conter suficiente detalhe e referências que permitam replicar ou rebater o estudo.
- 1.2. As declarações fraudulentas ou deliberadamente inexatas constituem um comportamento antiético.
- 1.3. Se o estudo incluir produtos químicos, procedimentos ou aparelhos que apresentam qualquer risco inusual inerente a seu uso, o autor deve identificá-los claramente no interior do artigo.
- 1.4. Se o estudo implicar o uso de animais ou de seres humanos, o autor deve garantir que o artigo contenha uma declaração que explicita que se realizaram todos os procedimentos de conformidade com as diretrizes e com a normativa ética.
- 1.5. Devem respeitar-se os direitos de privacidade dos seres humanos.

### 2. Autoria

#### Critérios:

- 2.1. Um *autor* é a pessoa que fez uma contribuição intelectual significativa ao estudo. Desta maneira, todas as pessoas nomeadas como *autores* devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que os reúnem devem ser mencionados de forma explícita.
- 2.2. Devem se cumprir coletivamente três critérios básicos para ser reconhecido como autor:

- a) Contribuição substancial à conceição e ao desenho, aquisição de dados, análises e interpretação do estudo.
  - b) Redação ou revisão do conteúdo intelectual.
  - c) Aprovação da versão final.
- 2.3. A ordem da autoria deve ser uma decisão conjunta dos coautores.
  - 2.4. As pessoas que participem em um estudo, mas que não se ajustem aos critérios de autoria, devem aparecer como *colaboradores* ou *pessoas reconhecidas*.
  - 2.5. Há três tipos de autorias que se consideram inaceitáveis: autores *fantasma*, que contribuem substancialmente, mas não são reconhecidos —são frequentemente pagos por promotores comerciais—; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

#### Recomendações:

- 2.6. Antes de começar a pesquisa, recomenda-se documentar a função e a maneira como se reconhecerá a autoria de cada pesquisador.
- 2.7. Não se deve mentir acerca da participação de uma pessoa na pesquisa ou publicação. Se sua contribuição for considerada *substancial*, justifica-se a autoria, bem seja como *autor* ou como *colaborador*.
- 2.8. Não se deve atribuir uma autoria sem contar com o consentimento da pessoa.
- 2.9. Todas as pessoas nomeadas como autores devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que reúnem os requisitos devem aparecer como autores ou colaboradores.
- 2.10. Alguns grupos colocam os autores por ordem alfabética, às vezes com uma nota para explicar que todos os autores fizeram contribuições iguais ao estudo e a publicação.

### 3. Mudanças na autoria

#### Critérios:

- 3.1. Faz referência à adição, supressão ou reorganização dos nomes de autor na autoria de um artigo aceito.

- 3.2. As petições de acrescentar ou eliminar um autor, ou para reorganizar os nomes dos autores, devem ser enviados pelo autor correspondente do artigo aceito e devem incluir:
- A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
  - A confirmação por escrito (via *e-mail*) de todos os autores que concordam com a adição, supressão ou reorganização. No caso de adição ou eliminação dos autores, deve se incluir a confirmação de que o autor seja adicionado ou eliminado.

#### 4. Conflito de interesses

##### Critérios:

- Quando um pesquisador ou autor tiver alguma opinião, interesse financeiro/pessoal que puder afetar sua objetividade ou influir de maneira inapropriada em seus atos existe um possível *conflito de interesses*. Os conflitos podem ser reais ou potenciais.
- Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser
  - diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
  - indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.
- Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha
  - algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
  - opiniões pessoais eu estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

##### Recomendações:

- Revelar caso estiver em algum conflito real ou potencial de interesses que influa de forma inapropriada nos achados ou resultados do trabalho apresentado, dentro dos três anos de ter começado o trabalho apresentado, que poderiam influir indevidamente —enviesar— o trabalho.
- Revelar o papel de um ou vários promotores do estudo —caso houverem—, no desenho de estudo, na recopilação, análise e interpretação dos dados, na redação do informe e na decisão de apresentar o documento para sua publicação.
- Os pesquisadores não devem chegar a acordos que interfiram com seu acesso a todos os dados e sua capacidade de analisá-los de forma independente; também não de preparar e publicar os manuscritos.
- Ao apresentar um documento, deve-se fazer uma declaração —com o cabeçalho “Papel que teve a fonte de financiamento” — em uma seção separada do texto e colocar-se antes da seção *Referências*.
- Alguns dos exemplos de possíveis conflitos de interesses que devem ser revelados incluem empregos, consultoria, propriedade de ações, honorários, testemunho de perito remunerado, solicitações de patentes/registros e subvenções ou outros financiamentos.
- Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.
- Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

#### 5. Publicação duplicada

##### Critérios:

- Os autores têm o compromisso de comprovar que seu artigo seja baseado em uma pesquisa original, ou seja: nunca publicada com anterioridade. O envio ou reenvio internacional de seu trabalho a outra publicação, gerando uma duplicação, é considerada um incumprimento da ética editorial.
- Produz-se uma publicação duplicada ou múltipla quando dois ou mais artigos, sem se fazer referências entre si, compartilham essencialmente as mesmas hipóteses, dados, pontos de discussão ou conclusões. Isto pode ocorrer em diferentes graus: duplicação literal, duplicação parcial, mas substancial ou inclusive duplicação mediante paráfraseio.
- Um dos principais motivos pelos quais a publicação duplicada de pesquisas originais considera-se não ético é porque pode gerar uma *ponderação inadequada* ou uma *dupla recontagem involuntária* dos resultados de um estudo único, o que distorce as provas disponíveis.

### Recomendações:

- 5.4. Os artigos enviados para sua publicação deverão ser originais e não deverão enviar-se a outra revista. No momento do envio, os autores deverão revelar os detalhes dos artigos relacionados —também quando estiverem em outro idioma—, artigos similares na imprensa e traduções.
- 5.5. Ainda que um artigo enviado esteja sendo revisado, é preciso indagar por seu estado, tomar a decisão de continuar ou não com o processo e caso decidirem retirá-lo, entrar em contato com outra revista só caso a primeira editorial não publicar o artigo.
- 5.6. Evite enviar um artigo previamente publicado em outra revista.
- 5.7. Evite enviar artigos que descrevam, essencialmente, a mesma pesquisa a mais de uma revista.
- 5.8. Indique sempre os envios anteriores —incluídas as apresentações de reuniões e a inclusão de resultados em registros— que pudessem considerar-se uma publicação duplicada.
- 5.9. Evite escrever sobre sua própria pesquisa em dois ou mais artigos, desde diferentes ângulos ou sobre diferentes aspectos da pesquisa, sem mencionar o artigo original.
- 5.10. Considera-se uma conduta não recomendável criar várias publicações a partir de pesquisas não multicêntricas.
- 5.11. Deseja-se enviar seu artigo a uma revista que se publique em um país diferente ou em um idioma diferente, solicite informação à editorial e as diretrizes que ao respeito possam existir.
- 5.12. No momento do envio, indique todos os detalhes de artigos relacionados em um idioma diferente e as traduções existentes.

## 6. Reconhecimento das fontes

### Critérios:

- 6.1. Os autores devem citar as publicações que sejam influentes na determinação da natureza do trabalho apresentado.
- 6.2. A informação obtida de forma privada não deve ser usada sem permissão explícita da fonte.

- 6.3. A reutilização das tabelas e figuras requer da permissão do autor e da editorial, o que deve mencionar-se adequadamente na legenda da tabela ou da figura.
- 6.4. A informação obtida no transcurso de serviços confidenciais, como manuscritos para arbitragem ou solicitações de subvenção, não deve ser utilizada sem a permissão explícita e por escrito do autor da obra involucrada nestes serviços.

## 7. Fraude científica

### Critérios:

- 7.1. A fraude na publicação científica refere-se à apresentação de dados ou conclusões falsos ou que não foram gerados através de um processo rigoroso de pesquisa.
- 7.2. Existem os seguintes tipos de fraude na publicação de resultados de pesquisa:
  - a) Fabricação de dados: invenção de dados e resultados de pesquisa para depois comunicá-los.
  - b) Falsificação de dados: a manipulação de materiais de pesquisa, imagens, dados, equipe e processos. A falsificação inclui a modificação ou omissão de dados ou resultados de tal forma que a pesquisa não se representa de uma forma precisa. Uma pessoa poderia falsificar dados para adequá-la ao resultado final desejado de um estudo.

### Recomendações:

- 7.3. Antes de realizar o primeiro envio de um artigo, leia cuidadosamente as políticas editoriais e de dados da revista.
- 7.4. Nunca modifique ou omita dados de forma intencional. Isto inclui materiais de pesquisa, métodos de análises, processos, aparelhos, tabelas, citações e referências bibliográficas.
- 7.5. Tanto a fabricação como a falsificação de dados são formas de conduta incorreta e grave, porque as duas resultam em publicações científicas que não refletem com precisão a verdade observada.
- 7.6. O autor deve fazer uma gestão adequada dos dados que suportam a pesquisa, levando especial cuidado na recopilação, produção, conservação, análises e comunicação dos dados.

7.7 Mantenha registros minuciosos dos dados em bruto ou não tratados, os que deverão ser acessíveis, caso um editor os solicitar, inclusive depois de publicado o artigo.

## 8. Plágio

### Critérios:

8.1. O plágio é uma das maneiras mais comuns de conduta incorreta nas publicações. Acontece quando um dos autores faz passar como próprio o trabalho de outros sem a permissão, menção ou reconhecimento. O plágio se apresenta sob formas diferentes, desde a cópia literal até o parafraseado do trabalho de outra pessoa, incluindo dados, ideais, conceitos, palavras e frases.

8.2. O plágio tem diferentes graus de gravidade, por exemplo:

- a) Que quantidade do trabalho de outra pessoa se tomou —várias linhas, parágrafos, páginas, o artigo inteiro.
- b) Que é o que foi copiado —resultados, métodos ou seção de introdução.

8.3. O plágio em todas suas formas constitui uma conduta não ética no âmbito editorial e acadêmico, o que é inaceitável.

8.4. A cópia literal só é aceitável se indica-se a fonte e inclui o texto copiado com os signos de citação adequados.

### Recomendações:

8.5. Lembre-se sempre que é essencial reconhecer o trabalho de outros —incluindo o trabalho de seu assessor ou seu trabalho prévio— como parte do processo.

8.6. Não reproduza um trabalho palavra por palavra, em sua totalidade ou em parte, sem autorização e menção da fonte original.

8.7. Mantenha um registro das fontes utilizadas ao pesquisar e onde foram usadas em seu artigo.

8.8. Certifique-se de reconhecer completamente e citar de forma adequada a fonte original em seu artigo.

8.9. Quando faça referência à fonte, evite utilizar o trabalho de outras pessoas palavra por palavra, exceto que o faça entre aspas e só se é estritamente necessário.

8.10. O parafraseado só se aceita se indicar-se corretamente a fonte e se garante de não mudar o significado da intenção da fonte.

8.11. Inclua entre aspas e cite todo o conteúdo que tenha tomado de uma fonte publicada anteriormente, inclusive se o estiver dizendo com suas próprias palavras.

## 9. Fragmentação

### Critérios:

A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.

9.1. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.

9.2. O mesmo *fragmento* não se deve publicar mais de uma vez. O motivo é que a fragmentação pode dar lugar a uma distorção da literatura, fazendo crer equivocadamente aos leitores que os dados apresentados em cada *fragmento* —ou seja: *cada artigo*— derivam-se de uma amostra de sujeitos diferentes. Isto não somente enviesa a base de dados científica, senão que também cria uma repetição ambígua aos editores e revisores, que devem ocupar-se de cada trabalho por separado. Além disso, permite que se infle o número de referências onde aparece citado o autor.

### Recomendações

9.3. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.

9.4. Quando apresentar um trabalho, seja transparente no processo. Isto inclui manuscritos publicados, enviados recentemente ou já aceitados.

## 10. Consentimento informado

10.1. Os estudos sobre pacientes ou voluntários requerem a aprovação de um comitê de ética.

10.2. O consentimento informado deve estar devidamente documentado.

- 10.3. As permissões e as liberações devem ser obtidas quando um autor deseje incluir detalhes de caso ou outra informação pessoal, ou imagens dos pacientes e qualquer outra pessoa.
- 10.4. Deve se levar cuidado com a obtenção do consentimento respeito aos participantes, em particular com a população vulnerável. Por exemplo: quando uma criança tem necessidades especiais ou problemas de aprendizagem. Deve lembrar-se que o uso de fotografias dos participantes ou declarações explícitas —partes de entrevistas— devem contar com a autorização por escrito dos envolvidos ou seus responsáveis legais.
- . “Fragmentación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/183402/ETHICS\\_ES\\_ss01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_ss01a_updatedURL.pdf).
- . “Fraude en investigación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/183401/ETHICS\\_ES\\_RF01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf).
- . “Plagio. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/183400/ETHICS\\_ES\\_PLA01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## 11. Correção de artigos publicados

### Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexactidão significativa no trabalho publicado, é obrigação do autor notificar imediatamente à revista e cooperar no processo de correção.

## Bibliografia

- Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. “The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes”. *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.
- Elsevier. “Autoría. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf).
- . “Conflicto de intereses. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/183399/ETHICS\\_ES\\_coi01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_coi01a_updatedURL.pdf).
- . “Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/183403/ETHICS\\_ES\\_ssu-b01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_ssu-b01a_updatedURL.pdf).
- . “Ethics. Conducting research”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.
- . “Ethics. Writing an article”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

## Instruções para os autores

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada quatro meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspetos relativos ao processo:

## Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

**1. Artigo de pesquisa científica e tecnológica.** Documento original que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

**2. Artigo de reflexão.** Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

**3. Artigo de revisão.** Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integramos resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 60 referências.

## Outras contribuições não derivadas de pesquisas

**1. Editorial.** Documento escrito pelo/a Editor/a Chefe, um/a Editor/a um membro do Comitê Editorial ou um/a pesquisador/a convidado/a, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

**2. Documento de reflexão não derivado de pesquisa.** Documento tipo ensaio não decorrente de pesquisa, emprega a perspectiva analítica interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico a partir de fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

**3. Relatório de caso (Situações de enfermagem).** Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico. Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referências: 15.

**4. Tradução.** Traduções de textos clássicos ou atuais ou transcrições de documentos históricos ou de interesse específico no âmbito da publicação da revista.

**5. Resenha bibliográfica.** Síntese concreta com uma visão crítica de uma publicação estilo livro que descreve a importância, os aspectos destacados e os aportes particulares da publicação.

## Critérios de elegibilidade dos artigos

O material que for colocado para apreciação do Comitê Editorial deve obedecer aos seguintes critérios:

**1. Clareza e precisão na redação:** A redação do documento deve ser coerente como conteúdo e clara para o leitor.

**2. Originalidade:** O documento deve ser original, isto é, produzido diretamente por seu autor, sem imitação de outros documentos.

**3. Objetividade e validade:** As afirmações devem estar baseadas em dados e informação válida.

**4. Importância e contribuições ao conhecimento:** O documento faz contribuições interessantes para modernizar o tema objeto de pesquisa.

## Informação do autor

**Os artigos devem ser enviados por meio do sistema *Open Journal System*:**

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

O autor de um artigo deve encaminhá-lo junto com uma carta que especifique seu endereço, fone, fax e e-mail. Se o artigo é de vários autores, é preciso identificar a contribuição de cada autor no trabalho. No caso dos relatórios de pesquisa, o pesquisador principal assumirá a responsabilidade sobre a integridade e confiabilidade dos

dados compilados. Se a autoria de um artigo é grupal, é preciso nomear um ou mais autores para assumirem a responsabilidade em nome do grupo. Nesse caso, os outros membros não são autores, e serão incluídos na lista de reconhecimentos. Quando um artigo for submetido à apreciação do Comitê Editorial, seu autor aceita que:

- Sob nenhum conceito receberá pagamento algum pela inclusão de seu documento na publicação.
- Não poderá apresentar o mesmo documento à consideração de comitês de outras publicações até não obter resposta escrita sobre a decisão tomada a respeito da aceitação ou recusa de seu artigo.
- Caso o artigo for publicado, ele torna-se propriedade permanente da Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia e não poderá ser publicado em outro meio sem licença escrita do autor e da Universidade.

## Processo de seleção e revisão de artigos

O procedimento para eleger os artigos a serem incluídos na revista *Avances en Enfermería* é o seguinte:

1. Todos os artigos encaminhados ao Comitê Editorial da revista são revisados inicialmente pelo/a Editor/a Assistente a fim de verificar o grau de cumprimento com os elementos formais requeridos nas *Instruções para os autores*. Caso o artigo não obedecer esses critérios, o documento será rejeitado para continuar o processo de seleção. Se as falências forem mínimas, o escrito será devuelto ao seu autor, especificando as fraquezas de forma encontradas na primeira avaliação, com indicação de corrigi-las antes de continuar o processo.
2. Caso contrário, quando o artigo cumpre com os requerimentos formais, o documento será submetido ao sistema anti-plágio da revista, e se fará um exaustivo seguimento das referências bibliográficas, depois o/s autor/es receberão uma notificação de recebido por meio eletrônico.
3. Logo depois, o artigo se remite ao Comitê Editorial para designar dois (2) pares avaliadores para sua revisão: um deles docente da Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia e outro pessoal externo à universidade —nacional ou internacional—, ambos com grande saber notório na

área do artigo. Se o artigo é avaliado positivamente por um avaliador e negativamente por outro, designa-se um terceiro, e com base no seu conceito se decide a inclusão do documento na publicação. A identidade do autor do artigo não é revelada aos pares avaliadores e também não a destes ao primeiro. O prazo para a emissão de conceitos que se dão aos pares avaliadores será de quinze (15) dias calendário e será notificada a cada par avaliador a data estimada de recepção do conceito.

4. Com base nos conceitos dos pareceristas avaliadores, o Comitê decide se o artigo será publicado ou não. Em ambos os casos, o autor recebe uma comunicação eletrônica que inclui as opiniões dos pareceristas e a decisão tomada. Se o artigo for aceito, o autor recebe confirmação sobre as sugestões e correções aplicáveis antes de publicar o artigo.
5. Depois de receber as correções aplicadas pelo autor, o Comitê Editorial envia o documento a um corretor de estilo ou editor de documentos. Quando acaba a edição correspondente, o artigo é devolvido ao autor, quem terá prazo de cinco dias úteis para dar a aprovação final. O autor deve enviar a autorização e apontar claramente as correções não aceites, dado que com isso, ele fica responsabilizado por todas as afirmações feitas no artigo, incluindo aquelas que foram mudadas ou corrigidas pelo/a corretor/a de estilo ou Editor/a Assistente.
6. Se nos cinco dias úteis posteriores ao recebimento do documento o autor não se pronunciar ao respeito, o Comitê Editorial entenderá que ele aceita as correções editoriais realizadas.
7. O autor deve enviar os dados do formato Publin-dex ao Comitê Editorial.

## Requisitos para apresentação de artigos

A revista *Avances de Enfermería* e seu conteúdo são propriedade da Universidad Nacional de Colombia. Antes de enviar um documento, verifique a observância com as seguintes especificações:

- Certificados de Atribuição de Direitos e Originalidade: Os artigos deverão ser enviados com um curriculum vitae dos autores e uma carta afirmando

que os materiais são inéditos, quer dizer, originais, e que cedem todos os direitos patrimoniais do artigo à Universidad Nacional de Colombia. Para isso devem preencher os formatos nos seguintes enlaces:

Formato 1:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_1.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_1.pdf)

Formato 2:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_2.pdf)

- O documento não excederá 5 000 palavras nem 25 páginas tamanho carta, escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçamento duplo, com margens de 2,5 nos quatro lados.
- As páginas do documento devem estar numeradas.

## Capa

**Título:** Deve aparecer o título, que deve ser claro, não conter mais de 80 caracteres e estar em espanhol, inglês e português. Dentro do texto não deve descrever-se a apresentação do/s autor/es, já que esta deverá incluir-se em outro arquivo e conter: nomes e sobrenomes completos, titulação acadêmica, cargo atual e vinculação institucional, bem como endereço eletrônico vigente para contatá-lo/s, cidade e país.

**Resumo:** O artigo deve incluir resumo em Espanhol, Inglês e Português, não deve ter mais de 250 palavras. Nele tem que se encontrar o objetivo, os pontos focais e as conclusões do artigo. Nos artigos originais, o resumo deve ser estruturado de modo a definir o Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusões. Para artigos de revisão, reflexões e traduções, o resumo deve incluir objetivos, uma síntese do conteúdo e conclusão.

**Palavras-chave (ou descritores):** O artigo deverá incluir de 3 a 5 descritores ou palavras chave no idioma original, que correspondam aos Decs (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

**Atenção:** O documento não deve apontar os nomes comerciais de medicamentos, equipamentos ou materiais, a menos que seja absolutamente necessário.

## Subvenções e subsídios

Se o trabalho for o resultado de uma pesquisa deverá incluir o nome da pesquisa original. Para o caso das pesquisas que tiveram patrocínio ou financiamento de instituições, deve-se incluir esta informação.

## Diretrizes gerais para a estruturação e apresentação de artigos originais (formato IMRED)

**1. Introdução:** Nesta seção, o autor deve incluir o problema, o objetivo ou o propósito do estudo e a argumentação lógica.

**2. Materiais e Métodos:** Inclui o tipo de estudo, o fenômeno estudado, as medidas, as análises de dados e o processo de seleção da população do estudo, especificando o tempo e lugar. Além disso, deve incluir instrumentos utilizados, os métodos de análise utilizados. Se for o caso, os aspectos éticos abordados no estudo e aprovação do Comitê de Ética pertinente.

**3. Resultados:** Devem ser apresentados de uma forma lógica, com as diretrizes do propósito e com as respostas à pergunta de estudo. Deve conter os dados e as análises dos mesmos. Caso forem usadas tabelas, quadros, gráficos e imagens, devem ser numerados de acordo com a ordem como foram citadas no texto, conter o respetivo título, que deve ser breve e claro devendo aparecer a fonte de informação. Além disso, os gráficos, diagramas, imagens, desenhos lineares, mapas e fotografias, deverão apresentar-se no programa original que usou-se para elaborá-las (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

**4. Discussão:** Nesta se dará destaque às considerações novas e mais importantes da pesquisa, além das conclusões que dela surjam. Deverá dar conta das interpretações do autor e das explicações em relação com suas hipóteses originais e com as fontes bibliográficas estudadas, as que deverão ser consistentes com a pesquisa. Poderá se incluir as implicações para a prática clínica e as recomendações para futuros estudos.

**5. Referências:** A revista *Avances en Enfermería* segue as orientações sobre referências bibliográficas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, pelo que se exige que o escrito se complemente estritamente com as *Normas Vancouver*. Veja: [www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

De acordo com os requerimentos de indexação acerca da vigência e qualidade da bibliografia, na lista de referências só se aceitará 20% da denominada "Literatura Cinza" (livros, capítulos de livros, teses, dissertações, memorias, guias, informes, reportes, manuais, dados estatísticos, leis, autocitações, citações de outras citações etc.), é dizer: todas aquelas referências que não sejam de artigos de pesquisa publicados



em revistas indexadas. Outrossim, é necessário que as referências de revistas indexadas sejam de artigos de não mais de 5 anos de publicação. O manuscrito enviado deverá ter o número mínimo de referências exigido pela revista, conforme a seção (tipo de artigo) na que esteja incluído. A Equipe de Redação fará um exaustivo seguimento desses requerimentos, resultado que determinará se o manuscrito continua o processo, se é necessário realizar ajustes de referências ou inclusive, se deve ser rejeitado.

As referências bibliográficas deverão numerar-se consecutivamente entre parêntese e em tamanho normal, de acordo à ordem de aparição das citas no texto. A continuação se apresentam exemplos da forma de apresentação dos documentos e referências respetivas:

- *Artigo de revista:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número);página inicial-final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras *et al.* serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias:* Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em":sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico [periódico na Internet]. Ano [dia mês (abreviado) ano de consulta];volume(número);página inicial-final. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Livro ou monografia on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet]. Edição. Local de publicação (cidade): editora; data de publicação [dia mês ano da última atualização; dia mês ano de consulta]. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Material audiovisual:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, disco, segundo o caso) Edição. Local de edição (cidade): editora; ano.
- *Documentos legais:* Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome/número do diário oficial, data de publicação.
- *Tese de mestrado-doutorado:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado/doutorado]. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Material inédito:* refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Nome da publicação. "Na imprensa". Data.

# Editorial policy

## Ethics in scientific publication

The journal *Avances en Enfermería* stipulates the following principles and recommendations concerning ethics in scientific articles publication:

### 1. General principles

- 1.1. Manuscripts should include enough details and references that the article may be replied or refuted.
- 1.2. Fraudulent or deliberately inaccurate statements constitute an anti-ethical behaviour.
- 1.3. If research includes chemical products, procedures, or equipment involving any unusual risk inherent in their use, authors must identify them clearly in the main part of the article.
- 1.4. If research implies the use of animal or human beings, authors should make sure that the article contains an explicit statement declaring that all the procedures were carried out in conformity both with the guidelines and ethical regulations.
- 1.5. Rights to privacy of human beings should be respected.

### 2. Authorship

#### Principles:

- 2.1. An *author* is the person who has made significant intellectual contribution to the investigation. Thus, anyone mentioned as *author* should fulfil all the requirements of authorship; and, in accordance, anyone who fulfils those requirements should be explicitly mentioned as author.
- 2.2. Authors should satisfy completely three basic requirements to be recognized as such:

- a) Considerable contribution to the conception and design; data collection; and the analysis and interpretation of research.
  - b) Drawing-up or checking of the intellectual content.
  - c) Approval of the final version.
- 2.3. Authorship's arrangement should be a joint decision of co-authors.
  - 2.4. Those people who, taking part in the research, do not satisfy the requirements of authorship, should be mentioned as *contributors* or *acknowledged persons*.
  - 2.5. There are three unacceptable kinds of authorship: *ghost* authors who do contribute substantially to the investigation, but are not recognized—they are usually paid by commercial developers—; *guest* authors who do not noticeably contribute to the investigation, but are mentioned in order to increase the possibilities of the article to be published; and the *ad honorem* authorships, based only in a slight affiliation to the study.

#### Recommendations:

- 2.6. Before the beginning of the investigation, it is recommended to document the functions of each investigator and how their authorship will be recognized.
- 2.7. There should be no lies about someone's participation in the investigation or publication. If his/her contribution is deemed as *substantial*, then the authorship is justified, whether as *author* or as *contributor*.
- 2.8. No authorship should be assigned without the approval of the person involved.
- 2.9. Anyone mentioned as author should fulfil all the requirements of authorship, and all who meet those requirements should be mentioned as *authors* or *contributors*.
- 2.10. A number of teams present their authors in alphabetical order, in some cases with an explanatory note declaring that all authors contributed equally both to the investigation and to the publication.

### 3. Modifications in authorship

#### Principles:

- 3.1. It refers to the addition, suppression, or rearrangement of authors' name in the authorship of an admitted article.
- 3.2. Requests demanding addition or suppression of authors, or the rearrangement of authors' names, should be sent by the respective author of the admitted article, and should include:
  - a) The causes justifying the addition or suppression, or the rearrangement of the authors' names.
  - b) Confirmation in writing (by e-mail) of all authors agreeing with the addition, suppression or rearrangement. If authors' addition or suppression is required, it must be attached same author's confirmation of his/her addition or suppression.

### 4. Conflict of interests

#### Principles:

- 4.1. There is possible conflict of interests if an investigator or author has opinions or personal/financial interests that may affect his/her objectivity, or influence inappropriately his/her actions. These conflicts may be real or potential.
- 4.2. The more evident conflicts of interests are associated with financial relationships, which may be:
  - a) *Direct*: employment, stocks ownership, scholarships and patents.
  - b) *Indirect*: fees, consultancy to development companies, investment funds' ownership, paid expert witness.
- 4.3. Conflicts could also emerge as result of personal relationships, academic rivalry, and intellectual passion. For instance, an investigator who has:
  - a) Any kind of personal interest in investigation's results.
  - b) Personal opinions in direct conflict with the subject under research.

#### Recommendations:

- 4.4. Reveal if there exists any real or potential conflict of interests that may influence inappropriately (slant) the work, by influencing improperly in the findings or results of research, in a three-year period since the beginning of the submitted work.
- 4.5. Reveal the role played by one or more promoters of the study —if any—, in the design of study; in gathering, analysis and interpretation of data; in report's drawing-up; and in the decision to submit the article to be published.
- 4.6. Investigators should not agree on terms interfering with their access to all data; with their capacity to analyse them independently; or with the manuscript's preparation or publication.
- 4.7. When submitting a document, there should be an explicit statement —under the heading "Role of the funding source"— in an independent section of the text and placed before the section of references.
- 4.8. Some instances of possible conflicts of interest that must be revealed may be: employment, consultancy, stocks ownership, fees, paid expert witness, patents/registry applications, and requests to subvention or another funding source.
- 4.9. Every funding source of the project must be revealed.
- 4.10. The role of the project sponsor should be described.

### 5. Duplicate publication

#### Principles:

- 5.1. Authors are obliged to prove their article to be based in original research, i.e., to have been not previously published. Intentional sending or re-sending of your work to another journal, thereby generating duplication, is considered a breach of editorial ethics.
- 5.2. Duplicate or multiple publications occur when two or more articles, without mutually referencing each other, share essentially the same hypothesis, data, discussion points, or conclusions. This may occur in different degrees: word-for-word duplication; partial but substantial; or even duplication by paraphrase.

- 5.3. Among the principal reasons why duplicate publication of original researches is considered non-ethical, is that it may allow *inadequate weighting* or *involuntary double recount* of results of a single research, thereby distorting available evidence.

#### Recommendations:

- 5.4. Articles submitted for publication should be originals and should not be submitted to another journal. When submitting, authors should reveal details of articles relating to theirs—even in another language—, similar articles in press and translations.
- 5.5. Both authors and editors should have continual communication about the state of articles under review; if authors decide to give up the process and withdraw the article, they are obliged to notify the journal about it, before come in contact with another journal.
- 5.6. Avoid submitting articles previously published in another journal.
- 5.7. Avoid submitting to more than one journal articles that describe essentially the same research.
- 5.8. Always indicate previous submissions of the article—including presentation in meetings and inclusion of results in registries—that may be deemed as duplicate publication.
- 5.9. Avoid writing in two or more articles about your own research from different angles, or about different aspects of the research, without mentioning the original article.
- 5.10. Creating several publications about no-multicentre investigations is considered as not recommended behaviour.
- 5.11. If you wish to submit your articles to a journal published in another country or in another language, please ask for information and guidelines about it to the publishing company.
- 5.12. At the time of submission, indicate every detail about articles relating to yours in a different language, and all current translations.

## 6. Recognition of sources

#### Principles:

- 6.1. Authors should reference publications that have been influential in the determination of the nature of the submitted article.
- 6.2. Information obtained privately should not be used without explicit permission in writing of the source.
- 6.3. Reuse of tables or figures requires permission of the authors and the publishing company that should be adequately indicated in the legend of the table or figure.
- 6.4. Information obtained in the course of confidential services—e.g. manuscripts of peer review or subvention requests— should not be used without explicit permission in writing of the author of the work involved in those services.

## 7. Scientific fraud

#### Principles:

- 7.1. Fraud in scientific publication makes reference to the presentation of false data or results as well as data or results not generated through rigorous investigation process.
- 7.2. Following are the kinds of fraud in publication of investigation results:
- Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
  - Falsification of data: manipulation of investigation materials, images, data, equipment or processes. Forgery includes modification or omission of data or results, so that the investigation is not properly represented. Someone may falsify data to adequate them to the final desired result.

#### Recommendations:

- 7.3. Before the first submission of an article, read carefully journal's editorial and data policies.
- 7.4. Never modify or omit data intentionally. This includes investigation materials, analysis methods, processes, equipment, tables, references, and bibliographic references.

- 7.5. Both fabrication and falsification of data are serious forms of misbehaviour, because both of them result in scientific publications not reflecting precisely the observed truth.
- 7.6. Authors should adequately manage data that support investigation, with special care in data collecting, production, keeping, analysis and communication.
- 7.7. Keep thorough records of raw data, which should be accessible in case editors request them even before article's publication.
- 8.7. Keep a record of sources used during investigation, and where did you use them in the article.
- 8.8. Make sure that the original source is entirely acknowledged and adequately referenced in your article.
- 8.9. When referencing the source, avoid using another people's work word-for-word unless you enclose it in quotes and only in case of strict necessity.
- 8.10. Only if the source is correctly indicated and if you make sure of not altering the significance of the source's intention would the paraphrase be acceptable.

## 8. Plagiarism

### Principles:

- 8.1. Plagiarism is one of the more common ways of misconduct in publishing. It occurs when one of authors passes other people's work off as his own, without permission, mention or acknowledgment. Plagiarism appears under different ways, from word-for-word copy to paraphrase of other people's work, including data, ideas, concepts, words or sentences.
- 8.2. Plagiarism has different levels of seriousness, for instance:
  - a) The amount of work taken from another person's work: several lines, paragraphs, pages, the entire article.
  - b) What was copied: results, methods or introductory section.
- 8.3. Plagiarism in all its forms constitutes an unacceptable non-ethical conduct in editorial and academic spheres.
- 8.4. Word-for-word copy is acceptable only if the source is indicated and the copied text included with adequate marks of citation.

### Recommendations:

- 8.5. Always remember that it is essential to recognise other people's work—including your adviser's work, or your own previous work—as part of the process.
- 8.6. Do not reproduce any work word-for-word, either partially or entirely, without permission or mention of the original source.

- 8.11. Enclose in quotes and reference all contents taken from a previously published source, even if you are stating them with your own words.

## 9. Fragmentation

### Principles:

- 9.1. *Fragmentation* consists in dividing or segmenting a big research in two or more publications.
- 9.2. It is considered an unacceptable conduct that *fragments* of a divided research share the same hypothesis, sample and methods.
- 9.3. The same *fragment* should not be published more than one time, since fragmentation may allow distortion in literature, and may have readers believe that data presented in each *fragment* (i.e., each *article*) are derived from a different sample of subjects.

### Recommendations:

- 9.4. Avoid fragmenting inappropriately the data of just one research in two or more works.
- 9.5. When submitting a work, be transparent during the process. Send copies of other manuscripts closely relating to the manuscript involved.

## 10. Informed consent

### Principles:

- 10.1. Research on patients or volunteers should be approved by an ethics committee.
- 10.2. Informed consent should be appropriately documented.

- 10.3. Permissions and releasing should be obtained when authors wish to include case details or any other personal images or information of patients or anyone else.
- 10.4. When obtaining informed consent, care should be taken regarding participants, especially vulnerable people. For instance, children with special needs or learning disabilities. It must be recalled that the use of photographs or explicit declarations of patients (parts of an interview) should have authorization in writing of those involved or their legal representatives.
- . “Fragmentación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/183402/ETHICS\\_ES\\_SS01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_SS01a_updatedURL.pdf).
- . “Fraude en investigación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/183401/ETHICS\\_ES\\_RF01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf).
- . “Plagio. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/183400/ETHICS\\_ES\\_PLA01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## 11. Correction of published articles

### Principles:

- 11.1. When authors detect mistakes or relevant inaccuracies in the published work, they are obliged to notify immediately the journal and to cooperate in the process of correction.

### Bibliography

- Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. “The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes”. *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.
- Elsevier. Autoría. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf).
- . “Conflicto de intereses. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/183399/ETHICS\\_ES\\_COI01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_COI01a_updatedURL.pdf).
- . “Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/183403/ETHICS\\_ES\\_SSUB01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSUB01a_updatedURL.pdf).
- . “Ethics. Conducting research”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.
- . “Ethics. Writing an article”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

## Instructions to authors

The journal *Avances en Enfermería*, of the Universidad Nacional de Colombia, is published thrice a year and receives articles written in Spanish, Portuguese and English. When sending articles to publication, please consider the following features about the process:

## Articles types to publication (according to Colciencias)

1. **Scientific and technological research article.** Original manuscript that presents in detail the original results of research projects. The structure generally used contains four important sections: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion. Minimum of bibliographic references required: 25.
2. **Reflection article.** Document that presents research results from the author's analytic, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.
3. **Literature review article.** Document that results from investigation in which the results of published or unpublished investigations are analyzed, systematized and integrated on a field of science or technology in order to report on advancement and development trends. Its main characteristic is to present a careful bibliographic review of at least 60 references.

## Other contributions not derived from researches

1. **Editorial.** Document written by the Chief Editor, an Associated Editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher, about orientations in the subject domain of the journal.
2. **Reflection document not derived from investigation.** Manuscript like essay not resulting from a research. It applies interpretative analytic perspective or critics of the author on a specific topic based on original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. **Case report (Nursing situations).** Document that presents the results of a study regarding a particular situation in order to show technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a commented systematic review of the literature on analogue cases. Minimum of bibliographic references required: 15.

4. **Translation.** Translations of classic or current texts or transcripts of historic documents or texts for particular interest on the journal's publication domain.

5. **Bibliographical outline.** Specific synthesis with a critical view for a book publication that describes significance, outstanding topics and characteristic contributions of the publication.

## Articles selection criteria

The material submitted to Editorial Committee should meet the following criteria:

1. **Clear and precise writing:** The document's wording should provide coherence on the contents and clarity to readers.
2. **Originality:** The document must be original, that is to say: it must be produced directly by the author, it should not be an imitation of other documents.
3. **Objectivity and validity:** The statements should be based on valid data and information.
4. **Importance and contribution to knowledge:** The document makes interesting contributions to the state of art of the object of the study.

## Information of authors

**Manuscripts must be submitted only through ojs system (Open Journal System):**

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

Authors must send articles forward them accompanied with a letter indicating their address and updated electronic mail. If the article has several authors, each author's contribution should be identified. In case of investigation reports,

the main researcher shall assume the responsibility over the integrity and reliability of the collected data. If the article was produced by a group, one or more researches should be designated to assume the responsibility on behalf of the group. In this case, the other members are not perceived as authors, and they shall be listed on the acknowledgement list. When submitting an article to the Editorial Committee, its author accepts that:

- In no case shall he/she receive any payment for the inclusion of the article in the publication.
- He/she can not submit the same article to the consideration of other publications' Editorial Committee until he/she obtains an answer in writing on the decision made regarding acceptance or rejection of his/her article.
- In case of publication, his/her article becomes permanent property of the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia and cannot be published in any other media without written permission from its autor and the University.

## Articles selection and revision procedure

The procedure to select articles and ensuing revision for inclusion in *Avances en Enfermería* is as follows:

1. As soon as manuscripts are submitted through ojs, they are sent to Editorial Committee and shall be initially reviewed by the Editor Assistant to verify that they comply with the formal elements required in the *Instructions to authors*. Should they not fulfill those criteria, the document shall be excluded of the selection process evaluation. If errors are minor, manuscript will be returned to the author, indicating the failures found in the first evaluation.
2. If it complies with the formal requirements, the document is then submitted to our Non-Plagiarism System and its bibliographic references will be thoroughly revised. Subsequently, we sent an email to inform authors manuscript was received.
3. Immediately, manuscript is sent to two peer-reviewers appointed by Editorial Committee for its review: one of them shall be a professor at the Universidad Nacional de Colombia and the other from outside the University —foreign or native— who should be experts on the topic addressed in the article. If manuscript is positively evaluated by

one evaluator and negative by other, one third is appointed, and based on his/her opinion the document inclusion is decided in the publication. The author's identity shall not be disclosed to the evaluators and the evaluators' names shall not be disclosed to the author.

4. Based on the evaluators' opinion, Committee shall decide if the article is published or not. In any case, the author shall receive an email indicating the opinion of the peer-reviewers, stating the decision made and, if it is accepted, the appropriate suggestions and changes shall be confirmed to the author before article is published.
5. Once changes are received from the author, Editorial Committee shall send the manuscript to copyeditor and/or proofreader. Once corresponding edition is completed, manuscript is returned to the author for his/her approval in a term no longer than five (5) working days. Authors should send authorization and state precisely the changes he/she does not accept, this authorization makes him responsible for all the statements made in his/ her article, including those submitted to changes by copyeditor and/or proofreader and authorized by authors.
6. If five (5) working days after reception of document, autor/s have/s not made any statement regarding contents, Editorial Committee shall assume that he/she/they accept/s editorial changes that were made.
7. Authors should forward the Publindex form data to Editorial Committee.

## Requirements to submit manuscripts

The journal *Avances en Enfermería* and its contents are property of Universidad Nacional de Colombia. Before submitting a document, please verify if it satisfies the following specifications:

— Certifications of Transfer Of Rights and Originality: Manuscripts should be submitted with an authors' letter, stating that materials are unpublished and that authors transfer copyrights of their articles to Universidad Nacional de Colombia. A curriculum vitae must be attached by authors. [Click here to download formats:](#)

Format 1:  
[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_1.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_1.pdf)



Format 2:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_2.pdf)

— Document shall not exceed 5 000 words neither 25 letter-size pages. It is typed in Times New Roman font size 12, double space/writing (2.0), and using 2.5 cm margins for all four sides of the format.

— Document pages should be numbered.

## Cover

**Title:** Title must be visible, accurate, and include no more than 80 characters, and translate from native language into English, Spanish and Portuguese. Within the text it should not describe the presentation of author/s, but it should be included in a separate file and consists of: full names, educational background, current position and work institution he/she/they is/are part of, updated email address to contact him/her/them, city and country.

**Abstract:** Manuscript will include abstract in Spanish, English and Portuguese; it should have no more 250 words that should capture the article's objective, key points and conclusions of research. In original articles, abstract structure must present the Objective, Methodology, Results and Conclusions. For review articles, reflections, translations, the abstract should include purpose, summary and conclusion.

**Key words (or descriptors):** Manuscript must include from 3 to 5 descriptors or key words in Spanish, English and Portuguese and they must match up with DECS (BIREME). Website at: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

**Note:** Document does not mention any commercial names of drugs, equipment or material, unless strictly necessary.

## Grants and subsidies

If the writing is a result of a research work it should include the name of the original research. For the case of sponsored research that have been sponsored or funded by any institution, manuscript should have a final section in which the sponsor is mentioned.

## General guidelines for structure and submitting original articles (IMRAD format)

**1. Introduction:** In this section authors should include the objective or purpose of the research and logical argument.

**2. Materials and Methods:** It includes the type of study, phenomenon studied, process of selection of the study population specifying time and place as well instruments and methods of analysis used. If it is applicable, the ethical aspects covered in the study and approval of corresponding Ethics Committee must be included.

**3. Results:** Results should be logically organized, with guideline of purpose and answers of research question. They must contain data and their corresponding analysis. In case tables, charts, graphs and images are used, they must be numbered following the order they were quoted in the text. The titles should be brief and clear. In addition, source of figures, graphs charts, images, sketches, line drawings, maps, photographs information should be presented on the file program used to create them (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

**4. Discussion:** In this section new and main considerations from research will be highlighted, along with the conclusions that be arised from them. It should point out the authors' interpretations and explanations related to their original hypotheses and studied literature sources, which must be consistent with research. It may include the implications for clinical practice and recommendations for future investigations.

**5. Bibliographic references:** The journal *Avances en Enfermería* follows the guidelines for bibliographical references of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Standards). See: [www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

According to the requirements of indexing in respect of validity period and quality of the bibliography, in reference list a 20% of the so-called "Grey Literature" will be accepted only (books, book chapters, master/doctoral theses, dissertations, reports, guides, manuals, statistics, laws, self-citations, citations from other citations, etc.), in other words, all of the references that do not come from research/original articles published in indexed journals. It is also necessary for the references of indexed journals to come from articles that they bear a publication date

not more than five years. The manuscript submitted must have the minimum number of references required by the journal, in accordance with section submission (type of article) that it has been included. The Editorial Team will carry out a comprehensive monitoring of those requirements, whose result will determine whether the manuscript continues process, if it requires references adjustments or even if it must be rejected.

Bibliographic references should be numbered consecutively in brackets and in normal size, according to the order of appearance of the citations in the text. Instances of the presentation of documents and corresponding references are presented as follows:

- *Journal article*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of article. International title abbreviation of the journal. Year;volume(issue): first-last page. When the article has more than six authors, the abbreviation *et al.* shall be written after the sixth authors name.
- *Books and monographs*: Surname, and two initials of the names of autor/s. Title of book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *Chapter of book*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of the chapter. Word "In": Director/Coordinator/Editor/Compiler of the book. Title of the book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication. First-last page of the chapter.
- *Presentations*: Surname and two initials of the names of autor/s of the paper. Title of the paper. Word "In": official title of the congress, symposium or seminar. Place of publication (city): publisher; year. First page-last page of the paper.
- *Online journal article*: Surname and two initials of the names of autor/s of the article. Title of the article. International title abbreviation of the journal [serial on the Internet]. Year [access: year month day];volume(issue):first page-last page. "Available from (URL/DOI):"
- *Book or monograph online*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title [document on the Internet]. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication [date of last update; date of consultation]. "Available from (URL/DOI):"
- *Audio-visual material*: Surname and two initials of the names of the authors. Title (CD-ROM, DVD, disk, as the case may be). Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *Legal documents*: Full name of the country. Name of emission law institution. Title of law, ordinance, oficial journal name/number and date of publication.
- *Master-doctoral thesis*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of thesis [master/doctoral thesis]. Place of publication (city): publisher (institution); year of publication.
- *Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Surname and two initials of the names of the authors. Title. Name of publication. "In press". Date.

# PREMIOS AUIP

A LA CALIDAD DEL POSTGRADO EN IBEROAMÉRICA

OCTAVA EDICIÓN



La Comisión Ejecutiva de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado, reunida en su primera sesión ordinaria anual en Sevilla el día 7 de marzo de 2016, después de hacer el estudio documental y valorar el informe de evaluación externa realizado por un equipo internacional de pares académicos, siguiendo las pautas y lineamientos generales de la sexta edición de la Guía AUIP de Evaluación, en reconocimiento al nivel de excelencia demostrado y al esfuerzo institucional para mejorar la oferta académica, RATIFICA por unanimidad la decisión de conceder el **PREMIO AUIP A LA CALIDAD DEL POSTGRADO EN IBEROAMÉRICA**, en su 8ª edición, al Programa de

## Maestría en Enfermería

Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá

Y para que así conste, a los efectos oportunos, firma la presente en Sevilla a 7 de marzo de 2016.

Handwritten signature of Víctor Cruz Cardona.

**Víctor Cruz Cardona**  
*Secretario de la Comisión Ejecutiva*  
*Director General de la AUIP*

